

# « SANTÉ MENTALE » ET VIEILLISSEMENT, UNE PERSPECTIVE CRITIQUE

**Manuel de formation**

***Sous la direction de***

Jean Gagné, Ph. D., professeur associé-retraité au département des Sciences humaines, Lettres et Communication de l'Université TÉLUQ avec les collaborations de Céline Cyr, M. Sc., assistante de recherche, les membres du Comité santé mentale et vieillissement du Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal, Action Autonomie et de Jean-François Plouffe, chargé de projet (Action Autonomie).

**Conception et rédaction** Jean Gagné  
Céline Cyr  
Jean-François Plouffe

**Conception graphique** Chantal Collin

**Révision linguistique** Jacqueline Chevalier

**Image de la couverture** La linaigrette, une herbe vivace que l'on retrouve dans les marais et tourbières du Nord du Québec. Les Inuits en utilisaient les soies qui ressemblent aux cheveux blancs des personnes âgées pour en faire des mèches de lampe. Cette plante évoque la résilience, la sagesse et la maturité des personnes âgées qui ont connu le désarroi et la souffrance d'être.

Tous les droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sont réservés.

© Université TÉLUQ, 2021

ISBN-

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2021

Édité par :

**Télé-université**  
Université du Québec  
455, rue du Parvis  
Québec (Québec) G1K 9H6  
Canada

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon assistante Céline Cyr, Jean-François Plouffe (chargé de dossiers à Action Autonomie) et les membres du Comité santé mentale et Vieillesse d'Action Autonomie (personnes âgées militantes à Action Autonomie) qui ont relu et donné de précieux commentaires au fil des diverses versions.

*Jean Gagné*

professeur retraité, Université TÉLUQ

\*Dans ce document, nous écrivons « santé mentale » entre guillemets pour souligner que ces termes désignent une hypothèse scientifique et non un fait avéré quant à la nature de ce que nous appelons couramment la « folie ». Nous ne nions aucunement par cette réserve la souffrance que ressentent les personnes concernées. Nous laissons cependant place à d'autres hypothèses légitimes quant à ses sources, telles qu'elles peuvent être formulées par la psychologie et la psychologie sociale, la sociologie et la sociologie clinique, la philosophie ou par une combinaison de ces divers axes d'exploration et de connaissance du vécu humain.

## NOTE

Ce manuel est d'abord dédié aux personnes formatrices et aux membres du Comité Santé mentale et vieillissement d'Action Autonomie (CSMVAA)<sup>1</sup>. Il pourra aussi intéresser un lectorat plus large formé de toute personne préoccupée par ce sujet, que ce soit personnellement, à titre de proche ou en tant que personne étudiante ou intervenante. Il contient des données utiles pour l'animation des sessions de formation ou de sensibilisation sur l'accès des personnes âgées aux services de « santé mentale\* ». Ce texte est documenté par nos activités de recherches dans la littérature et sur le terrain (Gagné, Poirier et col., 2018), ainsi que par le travail de réflexion mené par le CSMVAA.

Il est important aussi de mentionner la collaboration de Santé mentale et société (SMS) à la distribution du manuel. SMS est un organisme sans but lucratif qui a pour vocation de rendre compte de l'évolution des pratiques et des idées dans le domaine de la santé mentale<sup>2</sup>.

Les sources documentaires utilisées sont identifiées dans le texte et répertoriées dans la bibliographie qui se trouve à la fin du document. Au risque d'alourdir la lecture, cette bibliographie permettra aux personnes lectrices de consulter en ligne ou en bibliothèque ces références, d'en faire leur propre lecture et de poursuivre ainsi, de manière autonome, leur propre réflexion.

Les commentaires, témoignages, avis et recommandations des personnes lectrices ou participantes aux formations et aux ateliers de sensibilisation sont sollicités pour améliorer ce projet de sensibilisation populaire du CSMVAA.

*Jean Gagné*, pour les membres du CSMVAA

- 
1. Action Autonomie, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, est un organisme communautaire sans but lucratif. Il a été mis sur pied par des personnes qui ont utilisé de façon volontaire ou non les services de santé mentale. Leurs expériences auront forgé la nécessité de se regrouper pour faire valoir leurs droits.  
Pour de plus amples renseignements : Action Autonomie, 3958, rue Dandurand, 3<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H1X 1P7.  
Tél. : 514 525-5060; téléc. : 514 525-5580.  
Site Internet : [www.actionautonomie.qc.ca](http://www.actionautonomie.qc.ca) Courriel : [lecollectif@actionautonomie.qc.ca](mailto:lecollectif@actionautonomie.qc.ca)
  2. SMS publie des ouvrages regroupés en quatre catégories : résultats de recherches innovatrices; projets d'intervention prometteurs; analyses critiques de questions d'actualité; paroles aux intervenants, aux usagers et à toute personne intéressée par la santé mentale. Santé mentale et société publie des volumes dans la collection « À l'affût » et en « hors collection », ainsi que la revue de psychanalyse *Filigrane* et la *Revue haïtienne de santé mentale/Revi ayisyen an sante mantal*.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos .....</b>	<b>1</b>
Utilisation de ce manuel .....	4
 <b>Introduction</b>	
Un survol de la « santé mentale » des personnes âgées sous l'égide de la pensée critique .....	7
La médication psychotrope : surtout ne pas nuire .....	9
<i>Le vieillissement, une réalité plurielle mais non une maladie</i> .....	10
Objectifs de la formation .....	12
 <b>MODULE 1</b>	
<b>Les boumeurs, ouste! Au parc jurassique! .....</b>	<b>13</b>
Contenu .....	13
Les représentations de l'âge au fil du temps : étapes et enjeux sociaux .....	15
<i>L'enfance</i> .....	16
<i>L'adolescence</i> .....	17
<i>L'âge adulte</i> .....	18
<i>La vieillesse</i> .....	18
De « vieilles personnes » engagées dans leurs communautés .....	19
Les boumeurs, une génération plus complexe que sa « mauvaise » réputation .....	22
Encadré 1 Repères historiques .....	23
Activité d'intégration 1 L'encan des souvenirs .....	24
 <b>MODULE 2</b>	
<b>Comme un éléphant dans la pièce .....</b>	<b>27</b>
Contenu .....	27
La nouvelle politique de santé mentale du Québec ou l'institution d'un champ social .....	29

Le complexe de l'appendicite .....	33
La « santé mentale » comme champ social .....	34
L'approche biopsychosociale une alternative faible à la biopsychiatrie .....	34
Deux propositions alternatives .....	37
Activité d'intégration 2 Qu'est-ce que la « santé mentale »? .....	40
Encadré 2 Controverse à l'APA .....	42
Le DSM-5 psychiatrise-t-il les souffrances courantes de la vie? .....	42
La preuve du pudding vaut-elle pour l'efficacité des psychotropes et de la psychiatrie fondée sur des preuves? .....	43
<i>L'Evidence Based Medicine (EBM) au secours de la biopsychiatrie</i> .....	46
Encadré 3 Le trouble dysphorique prémenstruel. Un exemple de la méthode du DSM pour définir un trouble de « santé mentale » .....	48
Activité d'intégration 3 « Nommer, c'est changer, transformer. » .....	49
Tableau 2 Exemple de diagnostic alternatif .....	51

### MODULE 3

<b>Les différentes formes de l'exclusion : âgisme et sanisme, une approche intersectionnelle de la discrimination et des oppressions.</b> .....	54
Contenu .....	54
Stigmatisation de la « santé mentale » ou sanisme? .....	55
Encadré 4 Le Sanisme .....	57
L'overshadowing ou l'effet d'ombrage ou de masquage par le diagnostic psychiatrique .....	58
L'âgisme .....	59
L'intersectionnalité des oppressions .....	61
Activité d'intégration 3 En guise de révision : le quiz de la chasse aux préjugés .....	61
Sources citées .....	67





## AVANT-PROPOS

Le présent manuel est partie prenante d'un projet de formation de personnes formatrices sur les services de « santé mentale » et les personnes âgées. Il a été instauré dans le cadre d'une recherche-action participative<sup>3</sup> (RAP) pilotée par des chercheurs de l'Université TÉLUQ en partenariat avec l'organisme communautaire, le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal, Action Autonomie et son Comité Vieillessement et « santé mentale » (CVSMAA). Ce dernier est formé d'une dizaine de membres de cet organisme accompagnés de Jean-François Plouffe, chargé de dossiers et de communications à Action Autonomie, de Jean Gagné professeur<sup>4</sup> et de Céline Cyr, auxiliaire de recherche à l'Université TÉLUQ.



Quelques membres du Comité Vieillessement et santé mentale d'action autonomie Montréal. Présentation au 85<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS. Université McGill de (2017).

Collection privée : A. Mendez, 2018.

Le CVSMAA a été créé par le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal, Action Autonomie, en alliance avec deux chercheurs de l'Université TÉLUQ<sup>5</sup>, afin d'identifier avec des membres de cet organisme, eux ou elles-mêmes âgés de plus de 50 ans, les questions et les enjeux pertinents pour décrire et comprendre le vécu et les obstacles que rencontrent les personnes de ce même groupe d'âge lorsqu'elles recourent aux services de santé, de psy-

chiatric ou de « santé mentale » dans des établissements publics ou des organismes communautaires. Au fil du temps, ce comité a acquis un rôle plus actif dans le projet de

3. Recherche *Vieillir en marge, récits et débats pour mieux intervenir*, Jean Gagné et Mario Poirier (Université TÉLUQ), en collaboration avec Action Autonomie, le Collectif de défense des droits de Montréal. FIR TÉLUQ, 2016-17.

4. Retraité et associé à l'Université TÉLUQ depuis juillet 2020.

5. Jean Gagné et Mario Poirier de l'Université TÉLUQ : *Vieillessement et santé mentale, droit et accès aux services. Problématique*. Fonds d'activités de recherches de l'Université TÉLUQ, 2015.

recherche et en est devenu le partenaire direct en tant que groupe-conseil et ensuite de comité de lecture du rapport préliminaire. Il est aujourd'hui le promoteur et le collaborateur du projet de formation que ce manuel et une vidéo accompagnent. Plusieurs de ses membres collaborent et cosignent les publications et conférences qui s'inscrivent dans la conduite de ses travaux.

Ce comité compte parmi ses réalisations : un sondage électronique auprès d'organismes montréalais actifs en « santé mentale »; une recherche par entretiens de groupes de personnes âgées fréquentant de tels organismes ou établissements; un rapport de recherche (Gagné, Poirier et col., 2018<sup>6</sup>), deux articles publiés (Gagné et CSMVAA, 2019 et 2020<sup>7</sup>), trois communications scientifiques. Les réalisations incluent aussi d'autres activités de diffusion des savoirs<sup>8</sup>, dont ce projet de formation et de diffusion qui comporte ce manuel et une vidéo présentant des témoignages d'expériences vécues dans le réseau psychiatrique ou de « santé mentale » par des personnes âgées, ainsi que par des intervenantes professionnelles qui y sont actives.

Le présent manuel s'inscrit dans la poursuite de cette RAP devenue FRAP ou « Formation recherche et action participative ». Par cette forme de diffusion, nous comptons élargir et partager nos sources de connaissances en multipliant nos échanges et discussions avec les personnes concernées et porteuses de savoirs expérientiels autant qu'avec des professionnels ou des scientifiques. Nous visons également la mobilisation des communautés pour l'amélioration de l'accès et du respect des droits des personnes âgées dans les services et activités de « santé mentale » en établissement et dans la communauté. Il y sera question

---

6. Rapport en ligne ou sur les sites d'Action Autonomie, de R\_Libre et de l'Université TÉLUQ.

7. a) Jean Gagné et Céline Cyr (Université TÉLUQ), Marie Beyrouiti, Angéline Mendez, Monique Normandeau (Comité santé mentale et vieillissement), Jean-François Plouffe d'Action Autonomie (2020). Âgisme et « sanisme » à l'encontre des personnes étiquetées « malade mentale » : pour une lutte collective. En ligne : sur le site du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.
- b) Jean Gagné et le Comité Vieillissement et santé mentale d'Action Autonomie (2019). Vieillissement et diagnostics psychiatriques : une recherche-action participative sur les préjugés. *Revue du CRÉMIS*, 11(1), 28-33.
8. Deux formations diffusés en prétest par le CSMV, l'une aux membres d'Action Autonomie au Centre de la petite Côte (Rosemont) et l'autre à ceux du Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord, CAMÉE à l'hiver 2020. Conférences : (1) Jean Gagné, Angéline Mendez et Monique Normandeau (2018), Congrès de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), *Prêts pour un autre siècle : façonner l'avenir*, octobre 2018, Hôtel Fairmount, Montréal.
- (2) Jean Gagné et Mario Poirier, Université TÉLUQ (2017), *Vieillissement, droits et accès aux services en santé mentale : un projet de recherche-action*. Colloque au Congrès de l'ACFAS, Université McGill - Vieillir en marge, âgisme, droits et accès aux services sociaux et de santé. Dir. Jean Gagné.
- (3) Jean Gagné et Monique Normandeau au Séminaire international : dispositifs publics et métiers de la relation, UQAM, (2015).

des obstacles courants qu'elles y rencontrent par manque de revenus et de ressources matérielles pour le transport, les communications ou l'aide à la mobilité, etc., du fait des règlements, de l'organisation des services ou des préjugés d'une partie du personnel soignant à l'encontre des personnes âgées réputées « malades mentales ».

Cette phase de valorisation des connaissances du projet de recherche a été subventionnée par le Fonds des services aux collectivités du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du gouvernement du Québec. Sa conception et sa réalisation ont été assurées collectivement par le professeur Jean Gagné, Ph. D., professeur-chercheur, Céline Cyr, M. Sc., assistante de recherche (Université TÉLUQ), Jean-François Plouffe, chargé des communications et par toutes les autres personnes membres du Comité Vieillesse et « santé mentale » d'Action Autonomie.

## UTILISATION DE CE MANUEL

Ce manuel vise, au premier chef, à documenter les personnes qui animeront des sessions de formation ou de sensibilisation sur la condition et les services de santé, particulièrement de « santé mentale », consacrées aux personnes âgées. Il peut aussi être lu par un public plus large, car il prend la forme d'un essai inspiré par le travail et les questionnements du CSMVAA. Le thème de la médicalisation de la « santé mentale » et du vieillissement suscitera inévitablement l'émotion. C'est pourquoi il est important de l'aborder dans le respect des croyances et de la liberté de pensée des personnes participantes ou lectrices. Les aléas de la « santé mentale » comme ceux du vieillissement personnel sont des expériences humaines, intimes, complexes et qui font l'objet de préjugés, de discrimination et d'exclusion. Ces formes d'oppressions s'appuient sur des représentations sociales qui réduisent la compréhension des identités des personnes diagnostiquées ou présumées être « malades mentales » à des préjugés d'immoralité, de faiblesse intellectuelle ou d'inhabilité sociale. Les personnes âgées ne sont pas indemnes de préjugés semblables à l'égard de leurs facultés mentales et cognitives ou de leurs valeurs sociales.

Il importe de reconnaître que ces images dévalorisantes concernent le développement moral, intellectuel et relationnel qui guide l'interaction humaine en lien avec l'environnement de chacun et chacune. Cela en fait des réalités nécessairement complexes et évolutives. Lorsque résulte de cette dynamique le désarroi d'une personne, on dira qu'elle a mal à l'âme ou qu'elle est devenue déraisonnable, sinon folle, troublée ou, plus fréquemment de nos jours et en Occident, « malade mentale » ou atteinte d'un trouble de la « santé mentale ». La variation de ces termes témoigne déjà de la difficulté à saisir cette expérience profondément intime et à la fois, ressentie comme étrangère à soi. Ne disait-on pas anciennement qu'une personne éprouvant une telle souffrance était « possédée » et plus tard, passant du langage religieux à celui de la médecine, qu'elle était « aliénée<sup>9</sup> »?

Devant ce paradoxe identitaire d'un soi dépossédé de lui-même et considérant la souffrance qui en découle, la science ne devrait-elle pas venir à notre rescousse? Certainement, mais rappelons-nous ce qu'est la science. Ce n'est pas une vérité révélée, mais plutôt une méthode de connaissance qui procède par la formulation d'hypothèses et leur mise à l'épreuve subséquente en vue de les raffiner jusqu'à, idéalement, un accord complet avec les faits. Son savoir est toujours provisoire, à l'affût de nouvelles données ou de conceptualisations inédites des problèmes qui l'intéressent, lesquels relanceront constamment la recherche pour rendre ses hypothèses plus solides. À cet égard, nos connaissances en

---

9. L'aliénisme, avant d'être nommé « psychiatrie », signifiait une médecine qui soigne les gens devenus étrangers à eux-mêmes, fous, autres ou privés de leur personnalité. *Source* : CNRTL (2012) En ligne. « Aliéné ».

« santé mentale » ou à propos du psychisme humain et de notre émotivité sont encore un vaste champ d'investigation. Nous proposons avec ce manuel de n'en explorer qu'une mince part, mais suffisante, nous l'espérons, pour susciter une réflexion collective sur les perceptions et les services de « santé mentale » offerts aux personnes vieillissantes. Cette population, on le sait, est en croissance, alors que la prévalence estimée de « maladies mentales » dans ce groupe serait de 20 %. Il importe de nous interroger collectivement sur ce que recouvrent ces diagnostics, sur quoi ils se fondent et comment sont et seront considérées et traitées toutes ces personnes âgées sur lesquelles on les apposera.

Ce manuel comporte une présentation brève de divers enjeux reliés au vécu des personnes vieillissantes et porteuses d'un diagnostic psychiatrique. Chacun de ses thèmes ou modules est présenté en vue de susciter la réflexion et d'inciter à l'action communautaire. Les activités ou « exercices d'intégration » proposés pourront être effectués en groupe, en séance de formation ou de sensibilisation, autant que par des lecteurs individuels qui voudront approfondir en autodidactes leurs propres connaissances et analyses des thèmes proposés. Tous ces exercices visent à rendre plus accessibles les contenus en les réintégrant dans leur contexte d'usage, c'est-à-dire par une réflexion appliquée à des situations concrètes. Nous explorerons ces sujets sans prétention, mais avec curiosité et sens critique.

Chacun et chacune, en effet, détient une connaissance, au moins implicite, de la souffrance émotionnelle, des soins psychiatriques ou des services de « santé mentale ». Elle peut être issue de l'expérience personnelle, avoir été acquise en tant que proche d'une personne souffrante ou par l'enseignement et des lectures. Il en va de même pour le grand âge; si nous n'en avons pas tous l'expérience intime, nous en avons au moins une compréhension personnelle. Elle est fondée sur notre propre vieillissement, notre écoute et notre fréquentation, proche ou distante, des personnes âgées ainsi que sur nos espoirs et inquiétudes en regard de cette étape de vie.

Ce manuel et les ateliers de formation et de sensibilisation qu'il propose devraient aider les personnes, participantes ou lectrices, à identifier, à analyser et à proposer des solutions aux situations qui posent problème dans les interactions entre les personnes âgées et les services de santé, en particulier de « santé mentale » ou de psychiatrie. La mise en relation de diverses connaissances livrées dans ce manuel avec celles des personnes lectrices ou participantes construiront plus facilement l'argumentation de nos projets collectifs d'actions communautaires et de revendications.

Nous voulons ainsi, par la réflexion et le questionnement, contribuer à l'amélioration des activités et services offerts aux personnes âgées par la psychiatrie et les organismes communautaires de « santé mentale ». Nous invitons aussi les éventuelles personnes participantes et lectrices à poursuivre cette réflexion dans leur milieu, avec ses associations et organismes communautaires ou pourquoi pas? en formant leur propre groupe d'action.

En terminant, nous voulons souligner combien les personnes âgées qui ont travaillé à différents titres pour concevoir ce projet sont riches d'une grande somme d'expériences. Ne dit-on pas communément que l'âge assagit? Et en effet, ces personnes sont toutes préoccupées par le fait de contribuer à « la suite du monde ». Arrivées à cette étape de leur vie, elles aspirent à s'approprier et à reconnaître leurs acquis pour les léguer aux plus jeunes, c'est-à-dire à exercer leur générativité. En devenant membres du CSMVAA et porteuses de son projet de formation populaire, elles se sont donné un moyen de satisfaire ce désir de mentorat « communautaire ». Cette fonction est certainement à cultiver en nous pour que « bien vieillir » ne signifie pas platement « tenter de “ne pas vieillir” ».

## INTRODUCTION

### UN SURVOL DE LA « SANTÉ MENTALE » DES PERSONNES ÂGÉES SOUS L'ÉGIDE DE LA PENSÉE CRITIQUE

---

Vieillir et souffrir du mal-être ne sont pas des expériences naturellement liées. Elles sont néanmoins, toutes deux, sources de préjugés et sont prétextes à la discrimination sociale. Les vieilles personnes sont victimes d'âgisme<sup>10</sup> (OMS/AMP, 2002; Rennes, 2019) et lorsqu'elles sont en plus dites « malades mentales », elles peuvent alors se voir soupçonnées d'être violentes, dangereuses, imprévisibles, paresseuses, dépendantes, irresponsables, sans volonté, et incapables de se conformer aux conventions sociales, aux règles et aux lois (Giordana, 2010; Bélanger, 2016). Par surcroît, nombre de personnes âgées ainsi diagnostiquées subissent souvent depuis les débuts de leur âge adulte les effets cumulés de cette souffrance, de son étiquetage et de son traitement : l'exclusion sociale, le chômage et la pauvreté et, souvent, des effets iatrogéniques de la médication consommée au fil des ans.

Depuis le milieu des années 1970, surtout dans les zones les plus fortunées de la planète, s'ajoutent aux défauts allégués aux personnes psychiatriquées qui sont âgées, d'appartenir « [à] un groupe privilégié qui a tiré profit des programmes de protection sociale plus que les autres groupes d'âge, et en particulier plus que les jeunes et les familles avec les plus jeunes enfants » (Foucart, 2003, 15). On qualifie ainsi et indistinctement de privilégiée, toute la génération des 55 à 75 ans, sans égard au fait que comme toutes les précédentes et celles à venir le seront, elle est traversée par des inégalités sociales, économiques, ainsi que par des différences culturelles autant que de positions morales et politiques.

Cette double stigmatisation (âgisme et sanisme<sup>11</sup>) sape l'estime de soi et la confiance aux autres de ceux et celles qui en sont les victimes. D'autres agressions à l'identité de la personne âgée peuvent s'ajouter par sexisme, homophobie ou racisme, etc. L'effet de leur

---

10. L'âgisme est un terme popularisé par Robert Butler (1969). C'est une forme de discrimination sociale qui se fonde sur le préjugé qu'être vieux est une forme de handicap qui fait de la personne un être dépassé socialement et intellectuellement, maladif, faible et sans espoir d'amélioration.

11. Le mot *sanisme* est dérivé de l'adjectif « sain » ou « ce qui est en bonne santé », mais signifie une représentation sociale défavorable des personnes étiquetées « malades mentales » ou insane en anglais. Elles seraient différentes des personnes « normales » parce qu'atteintes de pathologies du cerveau ou des neurotransmetteurs, associées ou non à des prédispositions génétiques. Dans la littérature française, on utilise parfois le terme *psychophobie* pour signifier la même chose (LeBlanc et Kinsella, 2018).

multiplication et de leur cumul fait d'ailleurs l'objet d'une analyse particulière nommée : *l'intersectionnalité des systèmes d'oppression*<sup>12</sup>.

La stigmatisation de la « maladie mentale » ou le sanisme n'est pas un nouveau phénomène au Québec. La relégation à l'Asile des fous et folles en a été l'expression institutionnelle depuis la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'aux années 1960. On y regroupait pêle-mêle des originaux et des détraqués<sup>13</sup>, c'est-à-dire des personnes aux prises avec toutes sortes de conditions associées à la folie : des limitations intellectuelles, l'errance, la pauvreté, l'alcoolisme et diverses formes de marginalité par rapport à une société plutôt conservatrice. Plusieurs d'entre elles étaient reléguées dans ces institutions fermées surtout parce qu'elles causaient une gêne financière, entachaient la réputation d'une famille, d'une communauté ou en entravaient les projets<sup>14</sup>.

Au début des années 1960, le mot d'ordre de la psychiatrie « moderniste » était : « la maladie mentale, une maladie comme les autres ». Par cette formule, on voulait briser les préjugés populaires d'immoralité, de déficience mentale ou de violence que l'on attribuait indistinctement à toutes les personnes que l'on disait folles, qu'elles soient sous la garde des familles ou internées à l'asile ou en prison, sinon repoussées aux marges des villes et villages, plus ou moins en situation d'itinérance ou de « quêteux ».

Selon ses promoteurs, la médicalisation de la folie allait la débarrasser de ses connotations morales et délégitimerait la tutelle catholique exercée sur les asiles et leurs pensionnaires, et leur apporterait le secours de la science médicale. Depuis, la folie est toujours hors norme et les nouveaux discours de la psychiatrie et de la santé publique ont conquis le statut d'institutions normatives, au détriment d'une grande part de l'autorité que détenaient les asiles gérés par l'Église catholique au Canada français d'avant la Révolution tranquille. Cette nouvelle légitimité de la médecine psychiatrique est fondée sur la « Science » et non plus sur la « Foi », mais sans tant s'en éloigner. La psychiatrie, en effet, n'est pas autant moralement neutre ni si « athéorique » que le prétend le *Manuel diagnostique de l'Association des psychiatres américains*, le DSM-5. Celui-ci s'intéresse au traitement des « troubles de

---

12. À ce propos : Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (2018). Intervention féministe intersectionnelle. Réflexions et analyses pour des pratiques inclusives. Disponible en ligne.

13. Pour mémoire, lire *Originaux et détraqués*, contes de Louis Fréchette, sur ces personnages qui allaient de village en village en offrant leurs services de messenger, de journal ambulant ou pour se charger de travaux divers en échange de quelques sous, d'un repas ou d'un gîte pour la nuit. Publiés pour la première fois en 1892, ces récits mettent en scène ces « quêteux » qui parcouraient les campagnes du Québec de l'époque. Publiés au début de l'urbanisation et de l'industrialisation du Québec, ces contes font acte de leur disparition de la communauté. La création des asiles en a fait des personnages du folklore.

14. Lire : Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours!* Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu. Écosociété, collection Retrouvailles, réédition 2018.



santé mentale » dénotant par ce terme un intérêt porté sur la correction de la déviance sociale ou morale, plus que sur la guérison de maladies. Nous verrons que la psychiatrie au Québec et au Canada ne se démarque guère de cette approche.

## LA MÉDICATION PSYCHOTROPE : SURTOUT NE PAS NUIRE

---

L'autre manuel important de la psychiatrie moderne au Québec est certainement le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, le CPS. En effet, les médicaments psychotropes sont devenus clairement l'outil thérapeutique privilégié non seulement des psychiatres qui traitent des personnes âgées, mais aussi des omnipraticiens qui en prennent le relais lorsque celles-ci sont réputées être stabilisées (Gagné et Poirier, 2018). Pourtant, la médication psychotrope comporte de nombreux effets indésirables ou iatrogéniques. Ces médicaments peuvent causer la dépendance ou différents autres problèmes physiologiques et neurologiques persistants (Pasquier *et al.*, 2012; Khammassi *et al.*, 2012). L'évaluation même de la balance de ces inconvénients au regard des bénéfices attendus ou obtenus ne devrait jamais se limiter à une ou quelques questions posées de manière routinière par la personne praticienne lors des rendez-vous statutaires, comme le rapportaient l'ensemble des personnes que nous avons pu interviewer en groupes de discussion (Gagné et Poirier, 2018).

La prévalence de ces effets non désirés est liée, surtout chez les personnes âgées, à la polypharmaco-thérapie qui rend particulièrement difficile l'identification des effets d'interaction entre les médicaments consommés et les surdosages souvent prescrits, notamment pour contrôler des comportements erratiques adoptés par les sujets âgés lors de leur adaptation à un nouveau milieu. Il peut en découler différents problèmes iatrogéniques comme des maladies cardiovasculaires, l'hépatite, des complications infectieuses, des troubles neurologiques, etc. (Pasquier *et al.*; Khammassi *et al.*, *op. cit.*).

L'usage de tels médicaments a pris son essor à la même époque que la psychiatrie « moderniste » au Québec, celle du début des années 1960<sup>15</sup>. Pourrait-on prétendre que cet usage extensif démontre la préséance des facteurs biologiques dans la genèse des problèmes de « santé mentale »? La médication psychotrope, en effet, peut estomper les comportements que l'on suppose être indicateurs d'un trouble ou d'une maladie mentale et apaiser la souffrance des personnes. Cependant, est-ce qu'ils guérissent? S'attaquent-ils à la source

---

15. Entre autres : largactil (1952), réserpine (1953), lévomépromazine (1956), prochlo-pérazine et imipramine (1957), chlordiazé-poxide, 1<sup>re</sup> benzodiazépine (1960), clozapine et lithium (1971), olanzapine ou « zyprexa » (1996), quétiapine ou « seroquel » (1998) et ziprasidone ou « zeldox » (2009).

des symptômes observés ou ne font-ils qu'engourdir les personnes? Chose certaine, leurs effets secondaires indésirables ou iatrogéniques posent un problème éthique à leur administration. Cela en vertu du principe médical reconnu depuis Hippocrate (5<sup>e</sup> s. av. J.-C.) : *primum non nocere*, d'abord ne pas nuire qui commande, dans ce cas, un usage prudent et un suivi particulièrement rigoureux.

## **Le vieillissement, une réalité plurielle, mais non une maladie**

Le vieillissement est certainement une réalité physiologique puisque nous vieillissons tous, partout et depuis toujours. Au fil du temps, certains de nos organes deviennent moins efficaces, nos sens s'émoussent, notre mémoire connaît des ratés plus fréquents et notre système immunitaire s'affaiblit. Ce processus varie en rythme et en intensité selon la constitution physique et l'état de santé général de chacun et chacune, mais cela, non sans lien avec son statut social, sa richesse et ses relations aux autres. Là aussi, les déterminants sociaux agissent.

Si vieillir est bien un fait de nature, ce n'est pas pour autant une réalité totalement objective. Au cours de l'histoire humaine, on l'a qualifié fort différemment, selon les sociétés et les statuts de ses membres, les classes sociales et les genres des personnes concernées : sagesse; sénilité; expérience; radotage; dignité; déclin, etc.

Aujourd'hui, au Québec comme dans la plupart des pays riches, la vieillesse est perçue comme un défaut. La boutade péjorative « OK boumeurs<sup>16</sup> » est devenue « le » mot-clic qui dénigre toute cette génération considérée comme conservatrice, égocentrique et climatosceptique. La crise sanitaire mondiale de la COVID-19 en a fait surgir un autre encore plus péjoratif, voire même haineux, celui de #BoomerRemover<sup>17</sup>, soit en français : l'effaceur, l'enleveur ou le décapant de vieux.

Il y a dans ces représentations de la vieillesse et de la folie des éléments qui prêtent à discussion et d'autres qui ne sont que de purs préjugés sur ce qui fait de chacun de nous une personne humaine : notre subjectivité, notre identité, nos projets et pourquoi pas? notre âme. Notre propos ne consistera pas à distinguer le vrai du faux parmi toutes les théories qui prétendent circonscrire ce qui, pour chacun de ces registres de l'être, serait mentalement sain ou malsain. Ce ne sera pas un traité de psychopathologie ni de gé-

16. Originellement lancée par la jeune députée néo-zélandaise, Chloë Swarbrick, pour contrer le chahut d'un collègue plus âgé. Source : « OK boomer »; *millennial MP responds to heckler in New Zealand parliament* (vidéo disponible en ligne : 8 min 45 s).

17. Signalé par la professeure Martine Lagacé de l'Université d'Ottawa dans son article intitulé « Impact de la COVID-19 sur les personnes âgées : quelles leçons tirer? » Université d'Ottawa, 14-04-20.

rontologie, mais un exercice critique, un essai, sur ces savoirs et leur construction, et le sens qu'ils donnent à l'expérience d'être humain. Nous y présenterons des informations issues de publications savantes et d'autres recueillies auprès des personnes participantes à nos entrevues ou issues de nos rencontres en CVSMAA. À la mise en discussion de ces savoirs pourront s'ajouter les vôtres.

*Bonne lecture!*

## OBJECTIFS DE LA FORMATION

- ❖ Connaître et maîtriser et enrichir les données de base issues de la recherche *Vieillesse et « santé mentale » : droits et accès aux services de « santé mentale »*.
- ❖ Développer des habiletés d'animation.
- ❖ Se familiariser avec des concepts théoriques et leur application à l'analyse de cas réel : « santé mentale »/« maladie mentale », sanisme, âgisme, stigmatisation, approche intersectionnelle des discriminations.
- ❖ Savoir mobiliser des personnes de sa communauté pour la promotion de leurs droits et du respect humain des personnes âgées qui vivent avec un problème de « santé mentale ».

## MODULE 1

### Les boumeurs, ouste! Au parc jurassique!



#### Contenu

- Données critique sur la représentation populaire des baby-boomeurs
- Définir le concept de génération sociologique
- Vieillesse et santé mentale, distinctions et intersections
- Exercice pour favoriser une identification et l'intégration des participants à leur groupe de formation : affinités d'expériences, valeurs communes, parcours et stratégies de vie, etc.

Les boumeurs sont-ils, tels les dinosaures des temps anciens, voués à disparaître? Comme ces grands prédateurs de jadis, ils font face à un péril écologique qui sonne le glas de leur mode de vie désuet fondé sur une croissance effrénée de la production et de la consommation. Si ce défi nous est bel et bien posé collectivement, il est tout à fait malhonnête d'en blâmer les seuls boumeurs ainsi que le font bon nombre de chroniqueurs de la radio ou des journaux avec force propos âgistes. Les vieux et vieilles seraient, selon eux, des « gras durs », gâtés par l'État providence, bénéficiaires de trop généreux régimes de retraite. Les frais incontrôlés de leur consommation outrancière des services de santé menaceraient, de plus, la santé et l'avenir des jeunes d'aujourd'hui ainsi que celui de leurs enfants (Walsh, 2003; Azulai, 2014; Bélanger, 2015).

Pourtant, une génération, pas plus celle des boumeurs que celle des X, des Y ou des Z, n'est une « catégorie socioéconomique »; c'est une cohorte démographique. Elle regroupe tous les gens nés à une période historique donnée. Ainsi, pour les boumeurs, ce serait celle vécue par les personnes nées entre les années 1945 et 1965. Ce fut une période marquée par la reprise économique qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, alors que ses premiers membres naissaient pour devenir adultes vers la seconde moitié des années 1960, jusqu'au milieu des années 1980. Les générations précédentes ont été aussi marquées par des événements massifs comme l'épidémie de la grippe espagnole (1918-1920) et la Première Guerre mondiale (1914-1918) ou le krach de 1929 et la crise économique qui s'ensuivit. Mais si de tels événements forment des communautés qui les ont en partage en tant que repères historiques, politiques et communautaires, cela ne permet pas d'en assimiler tous les membres à un même profil idéologique, moral ou économique (Vollaire, 2019, 161).

D'une génération à l'autre, nous le verrons, les découpages des étapes de vie des individus peuvent varier. Les âges qui sont associés aux rôles répondent ainsi aux circonstances des lieux et de l'époque : la densité et la composition des populations, l'espérance de vie, la répartition des richesses, le mode de gouvernement et l'évolution des connaissances (Rennes, 2019, 110-111). Comme toutes les autres, la génération des boumeurs compte ses riches et ses pauvres, des hommes et des femmes qui ont des identités de genre variées et qui sont reliés à diverses communautés d'intérêt, de culture ou de valeurs. S'ils partagent des préoccupations et des questionnements sur plusieurs enjeux communs, les analyses et interprétations qu'ils et elles en font ne forment pas pour autant un seul récit. Celui-ci varie inévitablement d'un individu et d'un groupe à l'autre selon les expériences vécues, les positions sociales et économiques et les appartenances communautaires de chacun et chacune.

La composition des groupes participant à nos entrevues (Gagné, Poirier et col., 2018) de recherche en témoignait déjà. Bien que tous et toutes étaient nés entre 1945 et 1966, aucun d'eux ni d'elles ne correspondait au portrait caricatural du boumeur, sexagénaire mâle jouissant d'une généreuse pension de retraite, égocentrique, plutôt à droite du spectre

politique et écosceptique. En fait, il s'agissait surtout de femmes, et leurs revenus se situaient presque pour tous et toutes, sinon sous le seuil, au plus au ras de la pauvreté. Pourtant toutes, par leur seule présence dans les organismes communautaires où nous les rencontrons, témoignaient de leur engagement dans leur communauté.

## LES REPRÉSENTATIONS DE L'ÂGE AU FIL DU TEMPS : ÉTAPES ET ENJEUX SOCIAUX

---

De tout temps, les humains se sont fait une représentation du déroulement normal de leur vie. Cette trame que l'on perçoit comme si elle était naturelle est, en fait, variable d'une société à l'autre ainsi que selon les époques. Elle correspond toujours à des comportements prescrits par la culture d'un temps et d'une aire géographique donnés. Nous sommes ainsi plus ou moins vieux en proportion de l'espérance de vie et des représentations de la vieillesse qui sont celles de la société dont nous sommes les membres. Selon une historienne américaine qui s'est intéressée à ce sujet, la valeur accordée aux personnes âgées le serait à la manière des biens de consommation. Les vieux seraient, selon ce principe, d'autant moins appréciés aujourd'hui en Occident, qu'ils y sont plus nombreux que jamais, alors que les rares vieux de l'époque de la colonisation américaine étaient l'objet d'un grand respect (Lepore, 2011).

On retrouvera l'inversion de cette variation de la valorisation des personnes âgées en parcourant quelques exemples des temps les plus anciens jusqu'à aujourd'hui. Ainsi, au 5<sup>e</sup> siècle de notre ère, saint Augustin, l'un des quatre Pères de l'Église catholique occidentale, décrivait sept âges de l'homme calqués sur les sept jours de la Création qui, selon la Bible, se concluent par celui du repos du Créateur. À ces premiers jours, le nourrisson serait essentiellement préoccupé de s'alimenter; à l'enfance, il développe sa mémoire et sa raison; à sa puberté, il affronte le défi moral de résister à la chair pour en arriver au jeudi, où il devient jeune adulte et sujet de la cité. Il doit alors apprendre à maîtriser son impétuosité avant d'atteindre enfin la sagesse. Celle-ci arrive au 6<sup>e</sup> jour de sa vie, alors qu'il devient vieux, faible et maladif. Le 7<sup>e</sup> jour serait l'étape de la mort physique, mais surtout de la sauvegarde éternelle de son âme (Gilson, 1982).

Au Moyen-Âge, selon Ariès, au 14<sup>e</sup> siècle en France, on divisait la vie en cinq étapes : l'âge des jouets; celle de l'école; celle de l'amour et des sports; puis celle de la guerre; et enfin celle de la loi et de la science (Ariès, 1960, 1983). Les personnes âgées étaient, selon cette nouvelle représentation, réputées sages et gardiennes de l'ordre.

À l'époque moderne, dans les années 30 du 20<sup>e</sup> siècle, le psychiatre Carl-Gustav Jung réduira notre parcours de vie à quatre étapes, à l'instar du déroulement d'une journée. L'enfance en étant l'aube, la jeunesse sa matinée, la maturité qui marquerait le plein essor

de l'adulte comme le plein midi d'une journée, et cela jusqu'à la soirée de la vieillesse alors que la vie s'achève comme un jour au coucher du soleil.

Une vingtaine d'années plus tard, en 1959, les psychologues Erik H. Erickson et Helen Q. Kivnick décrivent le cours de la vie sous l'angle du développement psychosocial des individus. Ils en distinguent sept stades : la petite enfance, l'enfance, l'âge du jeu, l'âge de la scolarité, l'adolescence et la période jeune adulte, la maturité et la vieillesse. Chacun de ces stades se caractériserait par un défi d'acquisition : la confiance de base (en soi, aux autres, au monde), l'autonomie, l'initiative, le travail, l'identité, l'intimité, la générativité et, finalement, l'intégrité qui sont des qualités plutôt positives, mais, nous l'avons noté, qui ne correspondent pas au discours social de notre temps. D'autres modèles ont été développés tout au long du 20<sup>e</sup> siècle, selon l'évolution de la structure de vie, de la représentation du sens de la vie, des styles adaptatifs, des tâches de vie, de l'interconnexion de l'individu à son environnement, etc.<sup>18</sup>

Voyons maintenant plus en détail ces diverses étapes de vie et, en particulier, comment elles se présentent au Québec et au fil de son histoire.

## L'enfance

Ici, au temps de la Nouvelle-France, on allaitait les bébés jusqu'à 14 mois. Les nourrissons atteignaient ensuite l'âge tendre qui se prolongeait jusqu'à celui de la raison, soit vers 6 ans. Dès lors, ils commençaient à travailler à la ferme familiale, du matin jusqu'au soir. Les plus vieux prenaient soin des plus jeunes. La scolarisation de base n'est apparue courante et seulement pour les jeunes enfants des classes aisées, qu'au 19<sup>e</sup> siècle (Sutherland, 2014). Des projets furent présentés en vue de la rendre obligatoire au Québec en 1892, 1897 et 1901 avant qu'une loi en ce sens ne fût enfin adoptée. Ce fut sous la gouverne du Parti libéral d'Adélard Godbout qui, en 1943, rendit la scolarité obligatoire au Québec pour tous les enfants âgés de 6 à 14 ans. La mise au travail était ainsi retardée et l'enfance prolongée d'autant. Mais pas encore pour tous puisqu'en ces années, le travail des enfants était coutumier, tant dans le milieu ouvrier des villes que chez les paysans. Le soutien qu'apportaient ainsi les enfants à leur famille autorisait celle-ci à se prévaloir d'une exemption de l'obligation scolaire. En 1951, 20 % des garçons et 25 % des filles de moins de 14 ans occupaient encore officiellement un emploi<sup>19</sup>. En 2016, près de 15 %

18. Ceux-ci sont plus longuement présentés dans l'ouvrage, *Les temps de la vie*, de Renée Houde (3<sup>e</sup> éd., 1999).

19. Le travail juvénile répond alors à la pauvreté économique des ménages. Ces jeunes sont issus de familles nombreuses et souvent à leur emploi : aide-domestique ou à la ferme. Le travail d'été ou à temps partiel n'est pas couvert par la Loi. Nombre d'enfants peuvent ainsi travailler sans être recensés formellement comme employés. Jean (1989) rapporte de nombreux cas de laxisme de la part des contrôleurs d'absence scolaire chargés d'appliquer la Loi.



des hommes et 11 % des femmes adultes ne détenaient toujours pas de diplôme d'études secondaires. Encore aujourd'hui, il se trouve un bon nombre de personnes, dont plusieurs âgées de 65 ans et plus qui, pour diverses raisons économiques ou familiales, ont dû ainsi écourter peu ou prou leur adolescence et accélérer leur passage à la vie adulte dès 16 ans ou même avant, en joignant précocement le marché du travail.

## L'adolescence

C'est l'étape de vie qui précède et prépare l'âge adulte; anciennement, ce terme était peu usité et plutôt péjoratif. L'adolescence est d'abord un phénomène de société (Huerre, 2001). On parlait parfois d'un âge ingrat, aux environs de 12 à 14 ans, pour qualifier le caractère des individus qui n'étaient plus tout à fait des enfants sans être devenus des adultes. En fait, dès le 12<sup>e</sup> siècle, l'âge d'entrée dans la vie adulte était modulé selon les besoins de la société, ceux de la main-d'œuvre ou militaires en lien avec les pertes dues aux famines, aux conflits ou aux épidémies et, plus tard, pour s'adapter à une prolongation de l'espérance de vie. C'était, en termes de notre époque, une mesure de gestion des populations et de l'économie.

Chez nous, en Nouvelle-France, on atteignait l'âge légal du mariage à la puberté, vers 12 ans pour les filles et à 14 ans pour les garçons. Cependant, on ne s'épousait, dans la majorité des cas, qu'au début de la vingtaine, alors que la communauté considérait que l'individu était devenu adulte. Il faut rappeler qu'à cette époque, 40 % des enfants mouraient avant d'atteindre 15 ans. Les survivants abordaient alors une phase de vie qui correspondait à peu près à notre adolescence moderne. Les garçons faisaient l'apprentissage d'un métier avec leur père ou chez un maître artisan, d'autres s'enrôlaient dans la milice. Les filles participaient aux tâches ménagères et s'occupaient des enfants. Elles prenaient en charge les travaux de la ferme comme ceux de la basse-cour.

Cette nouvelle étape de vie se fondera éventuellement sur des considérations éducatives qui justifieront les débuts de la scolarisation des jeunes filles et des enfants de la classe ouvrière (Thiercé, 1999). Le mot « adolescence » entre dans l'usage courant au 19<sup>e</sup> siècle. Il désigne d'abord les jeunes collégiens dont les études sont financées par leurs parents. Il prend un sens plus large avec la généralisation de la scolarisation au 20<sup>e</sup> siècle. Ce progrès consacre la création de cette nouvelle classe d'âge qui suit l'enfance avant la pleine maturité. Celle-ci sera acquise lors de la mise au travail qui se fera progressivement, au cours du siècle, plus tard dans la vie des individus. La prolongation des études et l'enrichissement des sociétés nous amènent même, aujourd'hui, dans nos pays riches, à hybrider ce temps de la vie avec celui du jeune adulte pour forger le terme un peu bizarre « d'adulescence », qui consacre une nouvelle prolongation de cette période de latence avant d'atteindre la pleine maturité.

## L'âge adulte

Cet âge survient alors que la personne est au « zénith » de sa vie selon, comme nous l'avions mentionné, le psychiatre Carl-Gustav Jung. Au Québec nous sommes légalement réputés adulte à 18 ans et vieux à 65; c'est la période habituellement la plus longue de la vie. Pour la psychanalyse freudienne :

« [Les] critères psychologiques et psychiques qui pourraient différencier l'adolescent de l'adulte – l'autonomie, la capacité d'aimer et de travailler. [Ils] fluctuent en fonction des époques et des latitudes, et [ils] apparaissent dépendants des structures sociales finalement variables »

(Birraux, 2013, 392) »

Le travail productif et le rôle nourricier ainsi que le sentiment de maîtrise qui caractérisaient la vie adulte des siècles derniers s'atténuent aujourd'hui à cause des changements technologiques rapides et nombreux. Les exigences de performance de consommation et de productivité toujours en croissance mettent à mal le sentiment de maîtrise de l'adulte et suscitent son anxiété. La valorisation des seuls aspects comptables de l'action déshumanise les rapports du sujet aux autres et il inverse le devoir de solidarité où les plus faibles et les plus pauvres sont mis en dette envers la société (Astier, 2009). Pour se conformer aux normes de consommation et de productivité, ils doivent avoir un « projet de vie », acquérir de « bonnes habitudes » et s'ils y faillissent, travailler à se « réinsérer », à se « réadapter » ou à se « rétablir » pour ce qui en est des personnes psychiatisées.

## La vieillesse

Comme pour les autres étapes de vie, la représentation de la vieillesse est toujours tributaire de l'organisation sociale et économique, de la culture et du contexte du lieu et du moment où on la décrit. De Beauvoir (1970), dans son essai, *La vieillesse*, notait que déjà en Égypte ancienne, des textes parlaient « des infirmités de la vieillesse » et de diètes rajeunissantes; comme quoi, vieillir n'était pas une étape de vie enviée. Les sociétés antiques de Rome et de Grèce en tracèrent une image apparemment plus positive, car on y réservait aux hommes âgés certains postes d'autorité civile. Cette reconnaissance n'était cependant pas accordée aux femmes ni aux paysans, esclaves et mètèques<sup>20</sup>. Si

20. Étranger domicilié dans la cité de la Grèce antique, il est protégé par la loi et soumis, d'une façon générale, aux mêmes obligations militaires et fiscales que les citoyens, sans être admis à la citoyenneté. Source : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRL) (2012). « Mètèque ».

Platon considérait que les vieux étaient assagis par le temps, son célèbre élève, Aristote, les voyait plutôt comme des esprits sclérosés par l'usure des années. Au Moyen-Âge, en Europe, l'espérance de vie étant encore plutôt courte, on était considéré comme vieux à partir de 40 ans. L'image des aînés de ces époques est partagée entre celle du sage et notable vieillard à la barbe et aux cheveux blancs, comme une représentation terrestre de Dieu, alors que le pauvre hère sans rang était représenté comme un homme flétri et gauchi par ses péchés.

Plus tard aux 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles, l'espérance de vie augmente et avec elle, la présence et le rôle de transmission intergénérationnelle des personnes âgées. Il y a un versant sombre à cette bonne nouvelle : le nombre de vieillards nécessiteux augmente. Au Québec, ils ne peuvent éviter la mendicité que s'ils sont admis aux hôpitaux généraux. C'est aussi à ce siècle qu'apparaissent les régimes de retraite, d'abord en Allemagne en 1889. Ils se répandent ensuite en Europe et jusqu'en Amérique et notamment ici au Canada en 1927. Un pionnier de la psychologie américaine, G. Stanley Hall, dénonce cette nouvelle institution qui, déplore-t-il, sanctionne la dépréciation et la relégation des aînés<sup>21</sup>. On devrait plutôt, à son avis, les considérer comme des sages et des formateurs. De nos jours, la retraite est remise en question avec des propositions d'en reporter l'âge d'accès de quelques années ou d'en faire une retraite « active » pour éviter de surcharger les jeunes contribuables tout en réduisant les recours aux protections collectives.

## DE « VIEILLES PERSONNES » ENGAGÉES DANS LEURS COMMUNAUTÉS

Le vieillissement de la population nous est présenté depuis plusieurs années comme un cataclysme appréhendé. La génération du « baby-boum » s'est, en effet, retrouvée depuis l'aube du 21<sup>e</sup> siècle dans le collimateur des actuaire<sup>22</sup> de tous les gouvernements de l'Occident, y compris de ceux du Québec et du Canada. Déjà, ils appréhendaient l'arrivée des premiers rejetons de l'après-guerre à l'âge de la retraite. Les premiers boumeurs l'ont atteint en 2011. Au Québec, en particulier, on compte plus de personnes de 65 ans et plus que dans l'ensemble canadien, soit 19,7 % contre 18,0 % (ISQ, 2020). On estimait en 2015 qu'ils formeraient plus du quart (26 %) de la population du Québec en 2031 (ISQ, 2015), mais la pandémie de la COVID-19 a mis à mal cette prédiction. En décembre

21. G. Stanley Hall (1922). *Senescence: The Last Half of Life*. New York : D. Appleton & Co.

22. « Les actuaire sont des professionnels du monde des affaires qui appliquent les mathématiques aux problèmes financiers. Les actuaire font appel à leurs connaissances spécialisées en mathématique financière, en statistique et en théorie des risques afin de résoudre les problèmes spécifiques » comme ceux qui peuvent affecter les programmes sociaux et leur financement en particulier. Source : Institut canadien des actuaire (2020). En ligne : « À propos de nous ».

2020, on observait une augmentation conséquente de la mortalité qui affectait plus sévèrement les aînés (ISQ, 2020). Qu'on le veuille ou non, ils sont donc à nouveau, comme à leur naissance, le foyer d'un séisme démographique. Les « baby-boumeurs » deviennent des « mamy et papy-boumeurs », mais toujours avec la mauvaise réputation de mettre en péril la sécurité financière des générations montantes.

À cette hypothèse alarmiste, nous pouvons en opposer une autre, plus prudente, qui tient en compte que cette génération arrive globalement à l'âge de la retraite en meilleure santé que ne le faisaient les générations précédentes. Selon Valérie Coulombe<sup>23</sup>, 85 % de la population âgée d'aujourd'hui est en bonne santé. C'est que ces « nouveaux vieux » ont bénéficié de meilleures conditions de vie, de meilleurs services médicaux depuis leur enfance et ils sont généralement plus instruits que leurs parents ne l'étaient. Nous pouvons ainsi prévoir que leur contribution à la société sera à l'avenant, plus riche que ne pouvait l'être celle de leurs prédécesseurs (Richard, Gagné et Lehoux, 2006). Ils ont déjà une contribution sociale non négligeable. Selon une étude canadienne, en effet « [I]es *shadow-boumeurs* (de 45 à 54 ans), les *baby-boomeurs* (de 55 à 64 ans) et les *aînés* (plus de 65 ans) contribuent plus d'heures bénévoles aux organismes sans but lucratif de leurs collectivités que tout autre groupe d'âge » (Cook, Speevak et Sladowski, 2012) et leur contribution est constamment en augmentation. « En 2013, 28 % de l'ensemble des bénévoles canadiens étaient âgés de 55 ans et plus, comparativement à 26 % en 2010, à 24 % en 2007 et à 23 % en 2004 » (Statistique Canada, 2015). Selon la revue de littérature de Richard, Gagné et Lehoux, la gérontologie reconnaît que cet engagement est bénéfique « *tant pour la société que pour les aînés eux-mêmes* » (2006, 18). La participation sociale des personnes âgées est, en effet, un facteur reconnu de protection de la « santé mentale » et cognitive. C'est aussi, nous l'avons vu, un trait du développement psychosocial de la personne âgée : une « générativité » positive. Bien que le Québec soit la province où l'on comptabilise le taux moyen le plus faible de bénévolat au Canada, il faut considérer que cette évaluation ne tient pas en compte l'entraide informelle dans les familles et le voisinage. Elle est traditionnelle chez les francophones du Québec. Ces pratiques auraient notamment été renforcées après la conquête en tant coutumes des colons français et de leur résistance aux institutions britanniques (Mayer et Dorvil, 1982).

La cohorte des « baby-boumeurs » a néanmoins mauvaise presse et est souvent présentée comme un groupe indûment privilégié. Ce seraient des « gras durs », bénéficiaires des protections syndicales acquises à l'époque de la prospérité économique de l'après-

---

23. Chargée de cours à l'Université de Montréal, *Santé mentale et vieillissement*, au Certificat de gérontologie. Communication au CVSMAA, 23-01-2015.

guerre. Vus comme tels, on les accuse de profiter de leurs acquis tirés d'une conjoncture exceptionnellement favorable au détriment des plus jeunes qui n'ont pas eu cette chance (Walsh, 2003). Cette image mérite d'être nuancée. Tous ne sont pas riches. S'il est vrai que le revenu des personnes âgées au Canada a constamment augmenté depuis la fin des années 1970, cette tendance, selon un relevé de l'OCDE (2013), tend à s'inverser partout en Occident. Au Québec, le taux de personnes âgées vivant sous le seuil du faible revenu a augmenté de 4,6 % à 12,3 % entre 1996 et 2008. À l'avenant, un plus grand nombre s'est endetté pendant cette période tandis que leur taux de propriété domiciliaire fléchissait (Couturier, 2011). Ici comme ailleurs dans le monde, les femmes étaient les plus touchées. Le plus souvent, elles ont été moins longtemps salariées et, surtout, à un moindre taux que les hommes (Couturier, 2011; Fréchet, 2012; OCDE, 2013). Si, malgré ces indicateurs, les « baby-boumeurs » sont considérés être en majorité à l'aise financièrement, l'avenir apparaît cependant moins souriant pour un certain nombre d'entre eux. En 2007, on estimait déjà qu'au Québec, 11 % de cette génération présenterait une vulnérabilité financière à l'âge de la retraite avec un risque élevé d'appauvrissement sévère pour 5 % du groupe, soit pour 60 000 individus (Long Mo et Légaré, 2007).

Dans ce contexte, qu'en est-il des membres de ce groupe qui vivent ou ont vécu avec un problème de « santé mentale »? Le fait est connu : « *La pauvreté et l'appauvrissement des populations constituent un des plus puissants prédictors de la genèse et de la chronicisation, de l'alourdissement et de l'augmentation de l'ensemble des problèmes de santé mentale* » (Robichaud et al., 1994, 89). La défunte Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) pouvait néanmoins encore affirmer en 2011 que « [...] *les personnes âgées présentant un problème de santé mentale figurent parmi les personnes les plus vulnérables et les plus isolées de la société* » (2011, 9). L'Agence ajoutait que selon la littérature spécialisée, l'organisation et la philosophie du réseau de la santé étaient en eux-mêmes des freins à l'accès aux services pour les personnes âgées vivant avec un problème de santé mentale. C'est ce que l'on appelle aujourd'hui une « discrimination systémique », c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas seulement nécessairement de lois ou de règlements qui visent spécifiquement et ouvertement la discrimination d'un groupe, mais aussi de pratiques courantes du personnel qui ont cet effet indirectement. Dans le cas des personnes âgées, les obstacles directs sont, entre autres exemples, technologiques (la fracture numérique) ou causés par l'environnement physique (barrières géographiques ou architecturales à l'accessibilité). Pèse aussi dans la balance l'organisation du travail qui réduit la disponibilité et la continuité des services du personnel en CHSLD (épuisement du personnel, instabilité et roulement dans les équipes de travail, etc., démissions précoces).

## LES BOUMEURS, UNE GÉNÉRATION PLUS COMPLEXE QUE SA « MAUVAISE » RÉPUTATION

Aujourd'hui au Québec, les « boumeurs » forment le gros de la cohorte des légalement vieux. Qui sont ces personnes? Les plus âgées d'entre elles ont connu « une enfance à l'eau bénite<sup>24</sup> » ou ce que l'on a appelé la « grande noirceur » des années 1950 à 1960. Elles sont nées pendant la période des Trente glorieuses (1945-1975), lors d'une croissance économique sans précédent (Fourastié, 1979). Ce bond est devenu plus visible après 1960, lors de notre Révolution tranquille. Les jeunes de l'époque grandissaient avec la promesse d'un « temps nouveau<sup>25</sup> », alors que s'effaçait la tutelle morale de l'Église catholique romaine et la culture de survivance du Canada français. On les appelait à devenir « maîtres chez eux » et à sortir de la pauvreté grâce à l'éducation. « Qui s'instruit s'enrichit<sup>26</sup> » clamaient les libéraux de l'époque. Cette génération a baigné dans une culture en voie de laïcisation, a vu la naissance de la télévision et bénéficié des systèmes de santé publique et d'éducation accessibles et de bonne qualité. Elle forme ce qu'un auteur québécois a nommé la « génération lyrique » (Ricard, 1992). À leur arrivée sur le marché du travail, ses membres formaient la première cohorte de « Canadiens français » comptant autant de jeunes instruits et ils entamaient leur vie professionnelle à la faveur d'une période économique plus favorable que n'en avait connu aucune génération précédente.

Ce ne sera pas tout à fait la même situation pour les plus jeunes boumeurs qui les suivront; ceux-là sont dits de la génération « sacrifiée » ou les *baby busters* (Hamel, 1994; Fleury, 2018)<sup>27</sup>. Ils ont vécu leur adolescence plus ou moins à l'époque du choc pétrolier des années 1973 et 1979. Nés après seconde moitié des années 1950, ils devenaient adultes au tournant des années 1980. Ils étaient alors confrontés au chômage en raison d'une crise de restructuration de l'économie et du marché de l'emploi. Les « lyriques » occupaient déjà plusieurs des postes créés à l'ère de la Révolution tranquille des années 1960 et 1970 et

24. Titre d'un roman de Denise Bombardier (Seuil, 1985) qui raconte de manière romancée son enfance montréalaise des années 1950.

25. Chanson à succès popularisée par Renée Claude en 1970 : « Le début d'un temps nouveau », paroles et musique de Stéphane Venne.

26. Ce sont des slogans de « l'équipe du tonnerre » des libéraux lors de la campagne électorale de 1962. « Maître chez nous » promouvait la nationalisation de l'électricité et « qui s'instruit s'enrichit » constituait son projet de réforme de l'éducation à partir de 1963. Ce sont les grands chantiers de la Révolution tranquille.

27. Ignace Olazabal propose plutôt un découpage du baby-boum en trois sous-groupes : 1943-1951; 1952-1958 et 1959-1965. Reprenant cette nomenclature à leur compte, Castonguay, Beaulieu et Sévigny (2015) constatent comme nous que les plus jeunes, pour ceux des deuxième et troisième groupes, « ont connu des destins moins favorables » que le premier. Sur Internet, nous avons recensé : les boumeurs (1945-1965), la génération lyrique (1945-1954), la sacrifiée ou *shadow boumeurs* (1955-1965), la X (1966-1976) ou (1961-1981), la Y (1980-2000), les milléniaux, la Z et la silencieuse depuis 1995 et l'alpha après 2016. Les critères de ces découpages varient des habitudes de consommation aux préoccupations socioprofessionnelles en passant par les préoccupations sociales et politiques.

ceux-ci étaient encore trop jeunes pour les céder à leurs cadets. Le marché du travail qui s'offrait à ces « sacrifiés » se précarisait. Tandis que le secteur mal rémunéré des services à la personne se développait, les offres d'emplois traditionnellement plus attrayants des secteurs de l'industrie ou de la fonction publique déclinaient. Les gouvernements adoptaient des politiques de rationnement des services publics sociaux, de santé et d'éducation, tandis que les firmes privées délocalisaient leur production à l'affût d'une main-d'œuvre à bon marché et d'États fiscalement plus complaisants. En 1982, les jeunes adultes comptaient pour 20 % des chômeurs canadiens. Un grand nombre de ceux et celles-ci n'échappaient à cette statistique qu'en occupant des postes à temps partiel (Michelena, 1983). Ces personnes ont maintenant 60 ans et plus, mais tout « boumeurs » qu'elles soient, elles sont généralement moins favorisées que ne l'étaient leurs aînées de 10 ou 20 ans au même âge.

#### ENCADRÉ 1

### REPÈRES HISTORIQUES

Les années d'après-guerre, qui ont vu naître les premiers « boumeurs », ont été précédées par la crise des années 1930. Elle a donné lieu à une véritable recomposition du monde économique et politique. À son origine, il y eut une crise de surproduction aux États-Unis. Les produits restaient invendus alors que les débiteurs étrangers étaient incapables d'honorer leurs dettes. La bourse chuta et ce fut le fameux krach de 1929. Les Américains cessèrent leurs exportations tandis que l'Allemagne stoppait le remboursement de sa dette de guerre aux vainqueurs de 14-18 (France, Belgique, Italie et Grande-Bretagne). On connaît la suite : ce fut la Seconde Guerre mondiale. Mais avant que celle-ci ne se termine, les alliés américains et européens préparaient les accords de Bretton Woods (1944, New Hampshire, É.-U.) qui créèrent le Fonds monétaire international (FMI) pour éviter un retour à la crise financière d'avant-guerre. Peu après, la Conférence de Yalta (Crimée, 1945) réunit les dirigeants de l'URSS, des États-Unis et de Grande-Bretagne. Elle visait le maintien de l'équilibre militaire avec le partage des zones d'influences entre vainqueurs. L'Organisation des Nations Unies (ONU) remplace la Société des Nations (SDN) (1945) et les Américains lancent le plan Marshall pour aider au rétablissement de l'économie de ses alliés européens (1947). En 1949, la création de l'Organisation du Traité de l'Atlantique nord (OTAN) coalise militairement dix pays de l'Europe de l'Ouest et deux de l'Amérique. Les États-Unis deviennent le leader militaire et économique de l'Occident. En 1955, le « bloc de l'Est » s'organise de même avec le Pacte de Varsovie. C'est la guerre froide entre ces deux nouvelles superpuissances. C'est aussi la période du « baby-boum ». Ces nombreux nouveau-nés en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord grandiront dans un monde nouveau, plus riche et plus industrialisé que jamais auparavant.

## ACTIVITÉ D'INTÉGRATION 1

### L'ENCAN DES SOUVENIRS

Notre conception des générations, de la nôtre, de celle de nos aïeux comme de celle de nos enfants est une construction subjective alimentée par notre expérience personnelle de l'environnement social, culturel et économique. Ce savoir expérientiel teinte notre représentation de nous-mêmes et de celle que l'on se fait du social en lien avec la ou les positions que l'on a pu y occuper tout au long de la formation de notre identité. Nous avons distingué deux strates du baby-boum en soulignant que leurs membres ont connu en partie un contexte culturel commun, caractérisé par la valorisation de la consommation, de la science et de l'individualité. Leur expérience est en partie distincte en ce qui concerne la croissance économique et des opportunités de carrière ou d'enrichissement qui pouvaient être disponibles au cours des années 60 et 70 par rapport à ce qui allait en être au cours des deux décennies suivantes.

Pour valider et nuancer ce concept de communauté d'expériences et de la variété de leurs intégrations individuelles possibles, inscrivez sur une feuille la description brève d'un souvenir marquant de votre adolescence. Ce pourrait-être un évènement politique, social, culturel ou scientifique, ou autres, selon vos intérêts. Nous pouvons vous suggérer de raconter un souvenir de l'école primaire, de décrire des artistes que vous aimiez lors de votre jeunesse ou un évènement social ou politique qui vous a marqué, etc. L'important est qu'il vous revienne en tête comme un moment évocateur de votre formation intellectuelle, affective ou sociale. Ce pourrait être le premier jour d'un travail rémunéré, l'évocation de la pratique religieuse dans votre communauté, une campagne électorale, une grève, une lecture marquante, une soirée dansante, etc. Libre à vous!

En groupe, on pigera au hasard un premier de ces souvenirs pour demander à la personne auteure d'en expliquer le contexte et de le commenter à la lumière de son expérience et de ses souvenirs. Tous pourront les comparer à leurs expériences de la même époque ou à un souvenir sur le même thème, mais vécu à une époque précédente ou plus tardive. Avant de passer à une autre personne, l'animatrice pourrait demander si ces souvenirs valident les distinctions générationnelles entre les membres du groupe ou par rapport à leurs parents ou aux jeunes d'aujourd'hui. Est-ce qu'au contraire, ils constatent qu'il y a plus de constantes qui traversent le temps avec des valeurs partagées, des différences sociales, économiques ou de connaissances d'usage?

En solitaire, la personne lectrice pourrait rédiger un récit plus long, d'environ une page, en s'efforçant de lui donner sa profondeur avec une description de l'évènement, des personnages impliqués, de leurs caractéristiques et de leurs rapports. Elle ou il y rappellera



quels étaient les objectifs poursuivis par chacune de ces personnes et elle en décrira les actions posées qui, selon elle, s'inspiraient de tels savoirs et de telles valeurs. Elle pourra conclure en se demandant en quoi ces personnes et événements ont modifié sa vision du monde jusqu'à aujourd'hui. Cela devrait l'amener à tracer une représentation des rapports sociaux à cette époque et à identifier quelques-uns de ses acquis tels : sa confiance en elle-même et aux autres; ses idéaux; ses projets ou ses habiletés diverses, etc.

*Note : En groupe, le jeu se poursuivra pendant une période prédéterminée selon le temps disponible et déjà convenu avec la personne formatrice. Le but de l'exercice est de faire se connaître entre eux et elles les personnes participantes, de leur faire révéler une identité commune fondée sur des valeurs, des expériences vécues, des savoirs communs, etc.*

## Suggestions de questions pour l'animation de l'activité

1. Chacune des personnes participantes devrait rédiger en quelques lignes un souvenir marquant de sa formation personnelle, sociale, communautaire ou professionnelle\*.
2. Selon le temps disponible, l'animatrice invite des volontaires à lire à tour de rôle et à haute voix leur texte.

Exemples d'événements souvenirs : un premier emploi rémunéré – comment j'ai vécu la crise du verglas – un spectacle, un film ou une lecture marquante – un événement crucial de votre parcours de formation à l'école, au collège ou à l'université, au travail, dans la communauté ou avec vos proches – comment se sont formés vos valeurs – une ou des implications sociales, politiques, religieuses ou familiales qui les ont ancrés en vous au cours des années 1970 à aujourd'hui.

Présentez ce souvenir en forme de récit :

- Contexte de l'époque de l'événement raconté : aspects sociaux, économiques et culturels;
- Portrait de vous-même à cette époque : activités, valeurs, votre environnement communautaire (famille, voisinage, amis, collègues, etc.);
- L'événement, sa description avec ses objectifs, son statut (institution, loisirs, travail, etc.) et son ampleur;
- Lieux de l'action;
- Les personnages en présence, leurs rôles et leurs attitudes;
- Résultats, conséquences sociales, artistiques, politiques, économiques et personnelles.

Partage en groupe d'un récit individuel :

- Avez-vous participé directement ou indirectement à ce même événement ou à un autre semblable?
- Différences et ressemblances entre les expériences et les perceptions de chacun?
- Des événements semblables surviennent-ils encore aujourd'hui ou qu'elles en seraient les équivalents aujourd'hui? Avec quelles différences?
- Qu'en reprenez-vous dans votre vie d'aujourd'hui?
- Est-ce que l'on peut parler de traits générationnels communs entre nous et pourquoi?

*\* N. B. : Il peut s'agir d'un événement heureux ou triste. Choisissez un souvenir que vous pouvez partager avec le groupe sans vous sentir gêné ni obligé de faire des révélations qui vous seraient pénibles. La règle du respect mutuel reste de mise et chacune des personnes participantes doit demeurer libre de ne pas répondre aux questions si cela lui causerait un malaise*

## MODULE 2

### Comme un éléphant dans la pièce : de la clinique psychiatrique à la psychiatrisation du social



#### Contenu

- L'usage des termes « santé mentale » suggère son contraire : la « maladie mentale »
- Des origines de la médicalisation du social : santé publique et productivité nationale
- La nouvelle politique de santé mentale du Québec : le domaine de la psychiatrie
- La psychiatrie, une médecine à la recherche de son appendicite ou l'*evidence based medicine*?

Il importe de discuter de la définition et de l'usage devenu quasi universel des termes de « santé mentale » puisqu'ils évoquent inévitablement leur contraire : la « maladie mentale ». Ils laissent ainsi entendre qu'au même titre que la santé physique, celle-ci devrait avoir sa médecine préventive et curative propre : la psychiatrie. L'étymologie de ce terme rappelle que celle-ci est une « médecine de l'âme<sup>28</sup> », ce qui n'est pas banal ! Il ne s'agirait pas seulement de l'entretien et de la réparation des organes comme en médecine générale, mais aussi de traiter le plus intangible « souffle de vie », c'est-à-dire à la fois l'esprit et le sens qui fondent l'identité de la personne.

En tant que médecine, la psychiatrie serait donc, comme l'hématologie ou la cardiologie, une activité « clinique<sup>29</sup> », c'est-à-dire qui « se mène auprès du lit du malade ». Michel Foucault (1988) rapporte que la médecine a, depuis le 17<sup>e</sup> siècle en Europe, élargi ce mandat d'intervention individualisée à une responsabilité sociale envers les populations. Cela consistait d'abord à recenser et à compiler les statistiques des naissances et des morts. Au siècle suivant, en Allemagne plus précisément, on allait plus loin en créant un programme de « Police médicale » chargé d'enregistrer les phénomènes endémiques et épidémiques<sup>30</sup>. On nommait des médecins responsables régionaux du traitement des maladies et de leur prévention. On veilla aussi à normaliser la formation des médecins et à intégrer cette spécialité à l'appareil d'État. Ce modèle se déploiera un peu plus tard et de manière moins centralisée dans les autres pays européens. Ce sera l'hygiène publique, ancêtre de notre santé publique. En France, on développa une médecine de contrôle alors qu'en Angleterre, elle se concentra plus particulièrement sur les classes pauvres, « *pour qu'elles soient plus aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches* » (*ibid.*, 29). Ce sont les ancêtres directs de notre santé publique et de la « responsabilité populationnelle » conférée à nos centres intégrés de services sociaux et de santé<sup>31</sup>.

28. Formé par les mots grecs anciens : *psukhê* ou « âme » en français et *iatros* qui signifie « médecin ».

29. « méthode médicale consistant à examiner le malade au lit ». Source : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012).

30. Soit « la persistance habituelle d'une maladie infectieuse et contagieuse dans une région donnée » et « l'augmentation et [...] la propagation rapide d'une maladie infectieuse et contagieuse dans une région donnée ». Source : Office québécois de la langue française (2018).

31. Les CISSS apparus en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et services sociaux, et confirmés en 2005, par la révision de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, ont cette responsabilité qui consiste, selon l'Institut national de santé publique du Québec, à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné sous la coordination des CISSS et des CIUSSS.

## LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC OU L'INSTITUTION D'UN CHAMP SOCIAL

Le Québec contemporain ne fait pas exception au processus de médicalisation du social qu'a décrit Foucault. Sa politique de « santé mentale » de 1989 englobe bien toutes les activités de prévention ou de traitement des problèmes reliés à la psychologie et à la médecine psychiatrique. Ce double mandat était déjà institutionnalisé depuis 1979 alors que le ministre des Affaires sociales, Denis Lazure, avait utilisé ce même titre pour rebaptiser l'ancien Comité de psychiatrie qui devenait le Comité de la « santé mentale ». Ce changement, déclara-t-il à l'époque, en faisait sa « nouvelle conscience psychiatrique ». Ce repositionnement de marque allait s'imposer et dix années plus tard, on adoptera la nouvelle politique de « santé mentale », soit en 1989. Celle-ci est toujours en vigueur aujourd'hui. Elle promeut deux types d'interventions sur deux ensembles de la population, celles du champ et du domaine. Ceux-ci correspondent, sans que cela soit dit explicitement, aux deux grandes fonctions modernes de la médecine, la clinique et la santé publique, appliquées à la psychiatrie. Une ancienne directrice de la santé publique du Québec définit cette seconde fonction comme étant « *l'art et la science de prévenir la maladie et de protéger, de promouvoir la santé des populations et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société* » (Colin, 2004, 186). Plus précisément en santé mentale, selon un avis de l'Institut national de santé publique du Québec qui s'appuie essentiellement sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé :

« La prévention des troubles mentaux [...] vise à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus avant l'apparition des problèmes. Elle englobe les actions sur les facteurs de risque associés aux troubles mentaux et aux conditions pathogènes, mais également celles s'adressant à des groupes de personnes à risque de développer des problèmes de santé mentale. Les mesures universelles en prévention touchent l'ensemble de la population indépendamment des facteurs de vulnérabilité alors que les mesures sélectives visent les individus ou les sous-groupes qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux en raison de leurs caractéristiques personnelles ou de facteurs familiaux, sociaux ou environnementaux. »

(INSPQ, 2008, 11) »

La composition des cibles de ces deux grands mandats d'interventions, le clinique et le publique, est présentée dans le rapport Harnois (Comité de la politique de « santé men-

tale », 1987), préalable et base théorique de la nouvelle politique de santé mentale de 1989. Le champ de la santé mentale en est le noyau dur, formé des personnes traitées et de leur entourage; il est partie prenante d'un plus vaste « domaine » qui englobe les populations à risque. Le champ regroupe ainsi tout ce qui concerne le traitement, y compris ses infrastructures et les services annexes. Le « domaine » s'intéresse plus largement aux personnes menacées par la « maladie mentale », en raison de leurs conditions sociales, économiques ou culturelles adverses. Elles y sont exposées par la pauvreté, la violence, la toxicomanie et des environnements pauvres, malsains ou pollués. Autrement dit, ce sont toutes les personnes qui sont exposées à un ou à plusieurs facteurs de stress. Dès lors, nous aurions peine à déterminer qui serait exclu d'un si vaste domaine. Le stress est monnaie courante et, rappelons-le, une réaction normale et saine de protection de la personne. Il assure sa vigilance et sa réactivité aux aléas de la vie courante. Il peut, bien entendu, par excès ou par cumul, devenir traumatique et marquer profondément et pour longtemps ses victimes telles que les militaires choqués par le combat, les victimes d'abus, d'agressions ou d'accidents graves, les personnes en chômage ou ne vivant que de prestations gouvernementales, etc. La question qui demeure est celle de la nature de cette blessure. Devient-elle effective à cause d'un défaut d'organe préexistant ou en tant qu'adaptation défensive psychosociale plus ou moins efficace? En d'autres mots, est-ce bien une « maladie comme les autres », comme le prétend notre psychiatrie depuis les années 1960?

L'hypothèse de « maladie mentale, une parmi les autres », étant instituée par les instances gouvernementales et politiques, on a rebaptisé les centres hospitaliers psychiatriques en instituts de « santé mentale »; le tribunal administratif du Québec a été doté d'une division spécialisée en « santé mentale » et l'on a créé une dizaine de programmes d'accompagnement justice en « santé mentale ». Nombre d'organismes communautaires ont aussi adopté cette nouvelle « appellation ». Entre autres : le Regroupement des ressources alternatives en « santé mentale » du Québec; l'Association canadienne pour la « santé mentale » ou le mouvement « santé mentale » Québec. Le terme « santé mentale » se retrouve aussi dans le titre de nombreuses recherches pharmacologiques, sociales ou cliniques préoccupées des connaissances en psychiatrie.

Nous devons reconnaître que ce terme a un caractère plus positif et moins stigmatisant que celui de « maladie mentale<sup>32</sup> » et c'est d'ailleurs ce qui en a justifié l'adoption généralisée

---

32. Comme pour le cas du terme oncologie, celui de *santé mentale* sert à atténuer la brutalité du diagnostic médical. Oncologie dérive du mot grec *onco* qui signifie « masse » et désigne ainsi indirectement « cancer » en le représentant par sa forme physiologique. Cela n'est cependant pas possible pour la maladie mentale pour laquelle nous ne connaissons aucun défaut d'organe qui en serait le siège avéré.

au Québec. Il s'agit néanmoins d'un mot-valise qui transporte, comme en contrebande son contraire, la « maladie mentale ».

La politique québécoise de « santé mentale » comporte trois axes d'intervention : biologique, psychodéveloppementale et d'insertion sociale ou, en un mot, l'approche « biopsychosociale » qui devient, elle aussi, institutionnalisée par le pouvoir politique. Cela suppose donc des interventions sur chacun de ces axes, c'est-à-dire : l'axe biologique avec la psychopharmacothérapie, la psychochirurgie et l'électroconvulsivothérapie; l'axe psychologique avec les psychothérapies par la parole; et l'axe social par la correction des comportements sociaux grâce à la psychoéducation ou à la réadaptation. L'objectif ultime de ces pratiques serait, selon le ministère, de réintégrer la personne à la société (MSSS, 1989, 15), il s'agit donc de « santé publique ». Dès lors, la psychiatrie a : « *plus [que] des malades à soigner, [mais aussi] des populations à réguler, à contrôler, à améliorer* » (Di Vittorio, 2014, 115). Si bien qu'être reconnu en bonne ou en mauvaise « santé mentale » équivaut aujourd'hui à ce qu'était au Moyen-Âge être élu ou damné par l'Église (Ehrenberg, 2004, 78); la réinsertion serait l'équivalent d'une réconciliation avec la norme sociale.

Le tournant scientifique qu'a pris le DSM-III en 1980 rejetait la psychanalyse et la psychologie psychodynamique. Ce faisant, il officialisait la médicalisation de ce champ social et surtout son paradigme d'intervention positiviste. Celui-ci « refoule » les facteurs sociaux, relationnels et spirituels des souffrances psychiques au rang de possibles déclencheurs de la « maladie mentale » qui seraient fondamentalement « *liées à des dérèglements dans la chimie du cerveau et de la pensée*<sup>33</sup> ». Ce virage paradigmatique du DSM intervint à la même époque où le sociologue, Erving K. Zola affirmait que la médecine était devenue la nouvelle institution normative dominante au même titre que le furent avant elle les institutions du droit et, auparavant, les Églises (1981, V.O. 1977). Comme ces dernières ont débordé du champ de compétence religieux en devenant les titulaires d'institutions d'enseignement, de santé et de services sociaux, la psychiatrie outrepassait les siennes. Au-delà du traitement des personnes atteintes d'une « maladie mentale », elle gère des institutions et des départements de soins, elle contrôle l'enseignement de sa discipline, en autorise les pratiques et combat les praticiens « hérétiques ». On la voit aussi élargir son intervention à la gestion des personnes marginalisées et opprimées comme celles en situation d'itinérance<sup>34</sup>. Ces fonctions sont en phase avec celles attribuées au « biopouvoir » selon Michel Foucault (1988, 2012). Ce concept d'intervention sociale et politique s'emboîte tout naturellement

33. Extrait du site Internet : « Quelles sont les causes de la maladie mentale et comment peut-on la traiter? » (Réseau avant de craquer, anciennement la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale – FFAPAMM).

34. À ce sujet, lire Poirier, M. (2007). *Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse*. Nouvelles pratiques sociales, 19(2), 76-91. L'auteur y démontre que la recherche en ce domaine, faute de rigueur dans l'évaluation des sujets, tend à surévaluer la prévalence des maladies psychiatriques chez les personnes en situation d'itinérance.

dans celui de la médicalisation de la folie, devenue « santé mentale ». Dans les deux cas, il s'agit de processus historiques longs qui s'institutionnalisent par la « régulation » des comportements et la « disciplinarisation » des populations.

La régulation serait née de l'observation des épidémies. Celles-ci, comme aujourd'hui, survenaient par vagues localisées avant de s'étendre dans le sillon des voyageurs humains. Le dénombrement des victimes, l'identification de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs milieux de vie et de travail a favorisé l'évaluation des risques d'éclosion et l'obtention de la responsabilité de les contrôler, faute de pouvoir les éliminer. Cela dépasse la seule discipline des individus puisque l'on peut prévenir de plus en plus de maladies et d'accidents, ainsi que préparer la défense des populations contre ces périls par diverses mesures d'hygiène qui se sont affinées au fil des siècles. C'est un enjeu humanitaire et économique à la fois<sup>35</sup>. Le biopouvoir s'incarne, en effet, dans des programmes nationaux d'hygiène/santé publique dont l'objectif est de maintenir un équilibre entre les coûts du maintien d'une population productive et ceux de sa déperdition. Cette mise en balance de deux valeurs, l'économie et la santé, pose un enjeu éthique évident.

Progressivement et sous la pression de ses coûts pour l'État, l'imposition du biopouvoir se transformera. La propagande hygiéniste remplacera la contrainte directe des corps : « *Si auparavant l'État était responsable de la préservation de la force physique nationale (force de travail, de production et de défense), c'est désormais à l'individu que reviendrait cette charge, en échange d'un droit à être malade, d'un droit à interrompre le travail* » (Klein, 2017, 7). Selon une autorité d'époque en matière d'hygiène mentale, celle-ci est « [...] *l'art d'appliquer des connaissances puisées dans certaines sciences fondamentales au maintien de la santé mentale de l'individu, lequel terme de santé mentale ne doit pas être pris dans le sens étroit d'absence de maladie mentale, mais dans celui plus large de comportement idéal, de disposition à maintenir une adaptation sociale satisfaisante* » (Dr F. Williams, 1927, cité par Bastien et Perreault, 2012, 89-90). La finalité, on le voit, est la même. Pour Isabelle Astier, nous l'avons vu précédemment, cette transformation est un renversement de la dette de solidarité qui était auparavant une charge de l'État envers les citoyens en difficulté. Désormais, c'est celui-ci qui la reporte sur ceux-là et maintient ainsi l'ordre social et économique inégalitaire. Un processus semblable caractérise la position clinique du médecin qui peut, lui seul, attribuer le rôle de malade à son patient. L'opération consiste en un marchandage des avantages liés à ce statut, tels un retrait autorisé du travail et une couverture assurancielle en échange de l'observance de sa prescription thérapeutique par celui-là (Parsons, 1951).

---

35. La « gestion » politique de la pandémie mondiale de la maladie de la COVID-19 en a offert une illustration frappante. Les États modifiaient leurs directives de santé publique au fil du temps, en se justifiant de l'équilibre à atteindre entre les risques de contamination de la population et ceux d'une débâcle économique.



Nous soutenons ici l'hypothèse que l'institution psychiatrique verse à son tour dans ce biopouvoir. Le modèle DSM diagnostique des « troubles » ou des *disorders*, en anglais, et déclare ainsi pathologique l'expression de diverses émotions lorsque celle-ci dépasse des normes sociales. Il s'en tient à la mesure de leur ampleur et de leur fréquence au détriment du contexte de survenue et du sens attribué par l'individu aux événements qui provoquent ses émois. La correction de ces écarts passe parfois par les tribunaux et souvent par la médication. C'en sont les véhicules disciplinaires alors que la fonction de régulation consiste à fixer les seuils de tolérance de la société ou jusqu'où accepte-t-elle une certaine déviance comportementale.

## LE COMPLEXE DE L'APPENDICITE

---

Ces usages des termes « santé mentale » pour parler de « maladies », que l'on ne peut observer comme telles, n'en recouvrent pas moins une réalité qui est celle que produit l'adhésion à cette hypothèse. Elle guide les interventions des grandes institutions normatives que sont, en plus de la psychiatrie, le gouvernement et ses ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice et de la Sécurité publique. Il s'agit de considérer qu'il s'agit d'une maladie, c'est-à-dire un désordre ou un dysfonctionnement organique qui se manifeste par divers symptômes que le médecin doit décrypter. Faute de pouvoir en observer les causes biochimiques alléguées, il les déduit par l'historique de l'intensité et de la fréquence de leurs expressions. C'est ce que l'auteur de contes, romancier et médecin québécois, Jacques Ferron, appelait le « complexe de l'appendicite » : une forme de frustration que ressentiraient tous ses confrères médecins face à l'inconnu. L'angoisse face à cette cause « impalpable » les aurait conduits à mener avec un zèle effréné diverses expérimentations, sans se soucier d'aucune forme d'éthique (Clément, 1990, 17)<sup>36</sup>. En effet, le titre de « santé mentale » donné à ce champ l'est plus parce que ce qu'il désigne est massivement traité à l'hôpital et par des médecins que parce que ce qui y est traité sont des problèmes de santé avérés par des observations de désordres ou de malformations organiques. Selon Foucher et Bennouna-Greene, en effet, une maladie « [est] *une déviation spécifique par rapport à un processus physiologique normal, nuisant à l'équilibre ou à la subsistance même d'un individu* » (2010, 611). Or, comme plusieurs auteurs le rappellent : « [...] *il n'existe pas de causalité spécifique des maladies mentales en l'absence de témoins biologiques fiables, de marqueurs biochimiques ou de signatures physiologiques* » (Gori et Volgo, 2014, 288. Voir aussi Salvarelli, 2013, 26; St-Onge, 2014; Johnstone, L. *et al.*, 2018; Kingdon, 2020).

---

36. Le texte original de Ferron s'intitule « Le complexe de l'appendicite », tiré de *Lettres aux journaux*, VLB, 1985, Montréal, p. 335-338 (17 octobre 1972, p. 1, 5).

## LA « SANTÉ MENTALE » COMME CHAMP SOCIAL

---

Néanmoins, ce secteur d'activité, s'il a un objet flou, forme un champ social bien réel et « palpable », comme le sont ceux de l'éducation supérieure, de l'art ou de l'alimentation, etc. (Bourdieu, 1980). Comme tous ceux-là, il est constitué par ses diverses instances : administratives et associatives, ses établissements de services, ses organismes de représentation, ses activités de recherche et de développement, etc. Chacun est formé de cadres et d'employés qui en dépendent. Ceux-ci transigent avec divers groupes, outre leurs clients, qui peuvent être des services gouvernementaux, des syndicats, des chercheurs, des bénévoles ou des groupes militants. C'est de là qu'émergent aussi les révolutions scientifiques, c'est-à-dire selon T. Khun (1970) : les changements de paradigmes qu'opèrent les communautés de chercheurs lorsqu'elles abandonnent certaines hypothèses ou certaines croyances à la suite du développement de nouvelles méthodes d'observations ou à cause de nouvelles découvertes qui les invalident. Le cas du DSM le démontre bien, la science n'est nullement imperméable aux influences sociales et économiques qui s'exercent sur ses praticiens et praticiennes.

Comme tout champ social, il est aussi un champ de luttes. Si ses membres en défendent la survie, ils y sont néanmoins en concurrence pour accéder aux meilleures positions. Certains rivalisent pour en maintenir l'ordre et d'autres veulent la contester. Il y a les membres dominants et d'autres subalternes, des vétérans et des aspirants, des orthodoxes et des subversifs comme peuvent l'être au Québec les organismes communautaires alternatifs en santé mentale ou les groupes régionaux de défense des droits. Tel est le contexte dans lequel se produisent et se déploient des règlements et des lois spécifiques à la « santé mentale ». Elles concernent autant la recherche scientifique, les institutions de soins et d'autres formes d'aide publique, privée ou communautaire que les carrières professionnelles des soignants et les parcours de soins des personnes souffrantes. Le titre de « santé mentale » désigne ainsi un vaste champ d'activités et de relations humaines qui sont massivement dominées par une médecine psychiatrique devenue, en effet, une institution normative plus que seulement une spécialité médicale et clinique.

## L'APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE, UNE ALTERNATIVE FAIBLE À LA BIOPSYCHIATRIE

---

Les diagnostics psychiatriques, avons-nous vu, ne s'appuient pas sur des bases scientifiques très solides puisque l'hypothèse centrale de cette médecine n'est toujours pas démontrée. Entre autres, le psychiatre québécois Pierre Lalonde écrit à ce propos que : « [Le DSM-5] manque de validité, parce qu'il ne repose pas sur des mesures de laboratoire fiables. [De plus,] le cerveau étant un organe relationnel, ces mesures sont constamment modifiées par l'interaction avec l'environne-

ment. » La voie du tout au biologique serait donc une impasse. Dès lors, ajouterions-nous, la critique du docteur Lalonde devrait valoir pour l'ensemble de la psychiatrie si tant est que, comme nous l'avons déjà vu, il n'existe pas non plus de traces physiologiques avérées pour les autres troubles répertoriés dans les manuels et les classifications des diagnostics psychiatriques DSM ou CIM<sup>37</sup>. Néanmoins, l'approche biopsychosociale présente l'intérêt d'ouvrir une brèche dans le château fort de la biopsychiatrie, bien que sans la contester fondamentalement.

Ce modèle, élaboré par George Engel au tournant des années 1980, critiquait celui de la biopsychiatrie fondé sur « *des systèmes de causalités simples et linéaires* » et il voulait le remplacer par un autre qui reconnaîtrait « *des causalités multiples et circulaires* » (Berquin, 2010, 1512). Dès lors :

« La pratique clinique aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient [parce que] les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers [et à] l'avenir, il est bien probable que ce que l'on appelle aujourd'hui la schizophrénie soit subdivisé en plusieurs pathologies relevant de causes variées, interactives ou cumulatives, et nécessitant donc des ajustements thérapeutiques variés et individualisés. Les frontières mal délimitées du spectre de la schizophrénie englobent une variété de manifestations cliniques, d'histoires familiales et de réponses aux traitements qui relèvent probablement d'étiologies différentes ».

(Lalonde, 2015, 154-156)



Cette approche présente l'avantage de ne pas hiérarchiser l'influence des déterminants de la santé mentale que seraient les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Elle fait néanmoins l'objet d'un consensus mou parce que tous les psychiatres peuvent s'y retrouver aujourd'hui, sans avoir à s'entendre sur une théorie commune qui expliquerait d'où vient le trouble et en décrirait les fonctionnements (Salvarelli, 2013, 16). En effet, s'il est des plus probables que l'esprit humain soit sensible aux interactions entre des éléments biologiques, psychologiques et psychosociaux, le problème reste de découvrir avec quelles dominances, selon quels cheminements et avec quels effets. C'est le problème de « l'œuf ou la poule » comme l'a déjà dit le psychiatre montréalais Hugues Cormier à propos du lien entre les fluctuations de la sérotonine et la dépression. Ce compromis à l'avantage

37. Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. Sa plus récente édition, la 11e, a été publiée en 2019.

de ne rien exclure. Si tous s'entendent, c'est parce que la force de cette quasi-théorie est d'être un lieu commun. Qui oserait contester que l'humain soit un être biopsychosocial?

Bien que soutenue par la politique de santé mentale du Québec de 1989, cette approche ne se révèle guère dans son application auprès des personnes âgées que nous avons pu rencontrer et interviewer :

« [Les] dix premières minutes du rendez-vous, [le psychiatre] regarde l'écran de l'ordinateur. »

« J'ai un rendez-vous au 6 mois [avec le psychiatre], c'est juste pour les médicaments [...] après il me ferme la porte puis je m'en vais du bureau. »

« [...] je suis allée voir mon docteur, quand je lui ai avoué ma dépression, ça a pas pris deux minutes qu'il était en train de me prescrire quelque chose. »

« [La] psychiatrie n'est plus de la psychothérapie, mais bien de l'évaluation de risques : représentes-tu un risque pour toi-même ou pour autrui? »

« [J'aimerais] qu'ils prennent l'ensemble d'une personne et non seulement que sa tête, son oreille ou son bras, que l'ensemble de la personne soit respecté, entendu, écouté, avec une attitude bienveillante envers la personne âgée, comme ça devrait être avec tout le monde [...]. »

(Diverses personnes âgées et psychiatrisées citées dans Gagné et Poirier, 2018.)

La réforme « Couillard » des Services sociaux et de santé du Québec de 2003 (ou Loi 25) s'inscrit dans une perspective économique néolibérale cohérente avec l'approche biopsychiatrique. Elle consiste à : « [...] réorganiser le système et [à] s'assurer, entre autres, de la prestation des soins en fonction de l'état de santé de la population de territoires préalablement définis » (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014, 1, 5). Son approche « populationnelle » balise le financement des services « en fonction de l'état de santé des populations », tel que le ministère le quantifie. L'implantation de ce régime répond aux principes de la nouvelle gestion publique en soumettant les établissements aux directives de plus en plus précises du ministère. Elle fut affinée en 2013 sous un nouveau gouvernement libéral et son nouveau ministre des Services sociaux et de Santé, Gaétan Barrette. Celui-ci en accentua la centralisation en réduisant le nombre de paliers régionaux et en se prêtant à ce d'aucuns ont nommé la « microgestion ». Les établissements sont devenus sous sa férule l'équivalent de succursales d'une chaîne d'épicerie. Le maintien théorique de la gamme des services est dénoncé *de facto* par le resserrement de son accessibilité pour la population<sup>38</sup> : les listes d'attente s'allongent, les services sont bondés et le personnel s'épuise.

38. Là encore, la pandémie (COVID-19) a été un révélateur dramatique de la nuisance de cette réforme.

## DEUX PROPOSITIONS ALTERNATIVES

---

Malgré des intentions contraires, le remplacement de la « folie » par la « maladie mentale » a préservé la charge discriminante et négative qu'elle imposait déjà aux personnes concernées. Elle exprime un « désenchantement de la vie psychique » (Garnoussi, 2012, 17). C'est-à-dire que la nomenclature des « troubles » du DSM réduit à un défaut d'organe cette souffrance qui va au creux de la subjectivité humaine. La médicalisation explique les aspects déroutants et insaisissables de la folie par des manifestations physiologiques sans trop s'attarder à l'expérience sensible des personnes concernées en ce sens qu'elle pourrait expliquer plutôt que seulement exprimer la souffrance de la personne.

Cette hypothèse de la « maladie mentale » demeure recevable puisque l'on observe des « symptômes » assez semblables qui sont rapportés par des milliers de personnes qui se plaignent, entre autres, d'impressions inhabituelles : d'entendre des voix adverses; d'être habitée continuellement par des peurs sans objet; de ne plus avoir de motivation ou; d'avoir des pensées obsédantes, etc. Néanmoins, l'explication biopsychiatrique, nous l'avons noté, n'en est pas pour autant « probante ». L'hypothèse d'une formation biopsychosociale correspond mieux à la perception intuitive que chacun et chacune peut se faire de son état psychologique. Nos façons de réagir psychologiquement ou émotivement sont vraisemblablement tributaires d'interactions de notre corps avec notre esprit et de notre environnement physique et social. Nous pouvons observer au quotidien qu'à la veille d'une entrevue d'embauche ou d'un examen, à la suite d'une annonce d'un deuil ou lors d'une alerte de péril sanitaire, etc., notre esprit réagit de différentes façons : nous devenons insomniaques, hypervigilants ou, au contraire, apathiques, habités par la tristesse et parfois ou en même temps aux prises avec des maux physiques. On dira à la blague, mais non sans pertinence, qu'il n'est pas nécessaire d'être déprimé pour souffrir d'un rhume, mais que ça aide! L'équilibre biopsychosocial serait dynamique et nos efforts d'adaptation pourraient ainsi se manifester en malaises divers jouant le rôle d'alertes protectrices qui peuvent parfois devenir nuisibles par excès d'intensité ou de durée. Une voie de guérison du sujet pourrait être celle de sa réappropriation de la signification de son expérience personnelle dans son environnement social et relationnel plutôt que de l'étiqueter d'emblée comme un dysfonctionnement biologique pour ensuite l'enfouir dans une brume psychotrope.

Plus que la biologie, les inégalités sociales et la pauvreté présentent un rapport statistique fort avec une plus grande prévalence de diagnostics psychiatriques. En effet :

« Selon le rapport de l'OCDE [2013], les troubles de la santé mentale constituent de réels facteurs pouvant précipiter les personnes qui en souffrent vers la pauvreté, en raison notamment des coûts à assumer quant aux soins de santé requis (souvent non couverts par les régimes d'assurance, excepté en ce qui concerne les médicaments), de la précarité des conditions matérielles attribuable à la faiblesse des revenus de travail ou à l'absence de tels revenus ainsi qu'à la faiblesse des prestations compensatoires. [...] (Wilkinson et Pickett, 2013), et font notamment ressortir le fait que ces personnes sont souvent mal soignées (Bock, 2010) pour diverses raisons qui dépendent tant de l'accès aux soins que de la couverture des soins.

(Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, 2019, 5) »

De là peuvent découler diverses représentations défavorables de soi, de la discrimination, de l'exclusion et des affects pénibles comme la culpabilité, la honte, l'anxiété, etc.

Nous avons repéré dans la littérature deux exemples de modèles compréhensifs de la détresse existentielle qui nous semblent mieux théoriser une hypothèse biopsychosociale que sa seule mention inspirée du sens commun. Ceux-ci posent l'hypothèse que la détresse psychologique répond à des interactions sociales oppressives. Tous deux présentent des hypothèses théoriques plus détaillées qui seraient testables ou « falsifiables » par la voie de méthodologies adaptées, éventuellement empruntées aux sciences humaines.

La première et la plus récemment développée est celle du *Power Threat Meaning Framework* (PTMF) qui a été formulée par une équipe issue de la division clinique de la société britannique de psychologie (Johnstone, L. *et al.*, 2018). Celle-ci était composée de psychologues et de personnes usagères de la psychiatrie. Son hypothèse centrale consiste à comprendre les symptômes attribués aux « maladies mentales » par la psychiatrie comme étant en réalité des modèles de réponses à des rapports adverses de pouvoir. La structuration de tels modèles ou *patterns* de réaction à l'adversité, plutôt que de « symptômes », serait influencée par la culture des personnes concernées ainsi que par les types de menaces que chacune subit : exclusion, rejet, contrainte, humiliation<sup>39</sup>. Le chemin de la « guérison » serait donc fondamentalement subjectif puisqu'il consisterait en la réappropriation globale

39. Ce paragraphe nous est inspiré du résumé en anglais de Johnstone, L. *et al.*, 2018 : La variété de diagnostics par cumul ou ressemblances nous apparaît relever d'hypothèses *ad hoc*, c'est-à-dire de celles qui permettent plus de maintenir un paradigme en péril, celui de la maladie mentale, en lui ajoutant des critères, cette fois moins contraignants, qui permettent d'y intégrer des anomalies. Voir aussi la remarque citée plus haut de Lalonde (2015, 154-156).

du sens de ses expériences par la personne ainsi lésée. La mise en récit de ce parcours et l'identification par la personne des blessures qui l'ont ponctuée sont les stratégies privilégiées par ce modèle thérapeutique. On rejette ainsi l'idée même du diagnostic tant qu'il réduirait ce type de souffrance à une réaction strictement physiologique.

La seconde, dite de l'approche « autopoïétique », est inspirée des théories de la complexité en sociologie et en biologie, qui ont notamment influencé l'approche systémique des thérapies familiales du pédopsychiatre Guy Ausloos (1995). Le biologiste et éthicien Henri Atlan (1986) soutient, en effet, que les systèmes vivants sont dotés d'un processus d'auto-organisation qui leur permet de se rétablir de perturbations en se complexifiant de telle manière qu'ils en intègrent les sources à leur fonctionnement, pourrions-nous dire, remis à niveau. Appliquée à la psychologie, cette approche propose une compréhension des systèmes vivants en tant qu'ils sont auto-organisés et créateurs (poïésis) de leur équilibre et même de leurs fonctions. « *Le terme autopoïèse vient du grec auto (soi-même), poïésis (production, création). Il définit la propriété d'un système à se produire lui-même (et à se maintenir, à se définir lui-même)* ». « *La machine humaine [...] possède les ressources nécessaires à sa propre régénération au niveau physique. Pourquoi n'en serait-il pas de même en santé mentale?* » (Tordeurs, Zdanowicz et Reynaert, 2007, 42 et 46).

S'intéressant à la résilience<sup>40</sup> des personnes âgées, le psychiatre Gérard Ribes (2006) associe cette faculté d'adaptation positive à une situation adverse au passage réussi de la crise psychosociale que vivent généralement les personnes au détour de la soixantaine. Selon la théorie d'Erickson que nous avons esquissée précédemment, celles-ci tendent alors à se détacher de leurs préoccupations de carrière ou de réussite sociale pour se préoccuper plus du sens de la vie, de la leur, de celle de leurs proches et de la société avec une préoccupation de léguer quelque chose à la suite de ce monde. Mais le vieillissement est aussi assimilable à un traumatisme. Vieillir, c'est être confronté à des pertes ou à des agressions répétées et, éventuellement durables : c'est faire le deuil d'être chers; l'apparition de limitations, d'une part, de l'acuité visuelle, auditive et, d'autre part, cognitives avec la perspective de devenir dépendant des autres et, ultimement, de faire face à sa propre mort. La résilience serait à cet égard parente du processus de guérison que décrivent les psychologues autrices et auteurs du *Power Threat Meaning Framework*.

---

40. Soit, selon Boris Cyrulnik (1999) : « *La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative.* » *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob Éd.

## ACTIVITÉ D'INTÉGRATION 2

## QU'EST-CE QUE LA « SANTÉ MENTALE »?

Parmi les définitions mentionnées ci-dessous, quels sont éléments communs de chacune et ceux qui ne le sont pas? Que signifient ces différences selon vous? Comment y cerne-t-on, ou pas, ce que serait le contraire de la santé mentale? Qu'est-ce qui, selon ces définitions, spécifierait et justifierait un diagnostic de trouble de la santé mentale ou de maladie psychiatrique?

À votre avis et à ceux des collègues de votre groupe, quelle serait la définition la plus adéquate de la « santé mentale » et comment pourrions-nous saisir et définir son contraire, son altération?

Seul ou en groupe, formulez en langage courant une définition de la « santé/maladie » mentale qui s'inspirera de votre expérience personnelle de la souffrance ou du désarroi psychique, émotif ou spirituel. Vos définitions peuvent-elles s'accorder complètement ou en partie à l'une ou à plusieurs des définitions proposées ci-dessous?

**1. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :** La santé mentale est une composante essentielle de la santé, qui correspond à « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2017). La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux. Elle est un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire.

**2. Selon le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (2020) :** « La santé mentale est un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, qui se caractérise par un niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. [Elle] est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels et des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne. [Elle] peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement. **Notre vision de la santé mentale** est positive et dynamique. Les états de détresse et de déséquilibres sont considérés comme normaux et font partie de l'existence humaine. Les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir. »



**3. Selon le Mouvement santé mentale Québec (2020) :** « C'est un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie : sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale. Elle nous permet d'agir, de réaliser notre potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et d'apporter une contribution à la communauté. Elle est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. Il est important de spécifier que la santé mentale est plus que l'absence de maladie. En ce sens, une personne peut vivre avec une maladie mentale et avoir un bien-être mental qui pourrait se refléter à travers des relations satisfaisantes ou un emploi épanouissant! »

**4. Selon l'Association des médecins psychiatres du Québec (2020) :** « Une maladie mentale est un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales. Les recherches indiquent que les maladies mentales sont causées par l'interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques et sociaux qui mènent à des perturbations dans le cerveau. La vulnérabilité de chaque individu est différente, mais la maladie mentale peut se déclarer chez n'importe qui si des facteurs de risque suffisants sont réunis. »

## ENCADRÉ 2

## CONTROVERSE À L'APA

**Le DSM-5 psychiatrise-t-il les souffrances courantes de la vie?**

Le psychiatre Allen Frances qui a pourtant présidé à l'édition du DSM IV<sup>41</sup> déplore que sa 5e édition tende à médicaliser tous les problèmes courants de la vie des personnes. On y trouve en effet 400 diagnostics distincts, alors qu'on n'en comptait moins de 100 dans la première édition de 1952. Frances dénonce cette « hyperinflation » des « troubles » et l'assouplissement de leurs critères d'attribution qui entraîneront, selon lui, une épidémie de faux positifs, c'est-à-dire la multiplication des personnes qui seront diagnostiquées d'un mal dont ils ne souffrent pas ou d'autres maladies que l'on ne peut vraiment identifier. Il pointe du doigt ces nouveaux diagnostics qu'il qualifie d'insuffisamment documentés et de trop inclusifs : le trouble à symptomatologie somatique et apparenté; le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle; le trouble neurocognitif léger et; l'hyperphagie boulimique.

Il déplore notamment l'abaissement des seuils du diagnostic de la dépression majeure pour les endeuillés. Suivant ces nouvelles règles, il serait lui-même, écrit-il, susceptible d'être diagnostiqué dépressif, si tant est qu'il ressente encore après plusieurs années la tristesse de la perte de son épouse. Il estime néanmoins qu'il est tout à fait normal de ressentir une telle peine et cela sans y fixer une durée normale. Bourgeois-Guérin (2015) nuance cette dernière critique en citant une note du DSM-5 qui appelle au jugement et à la prudence des personnes cliniciennes qui devraient tenir compte du contexte de survenue et de la culture de la personne endeuillée avant de lui attribuer un tel diagnostic. En note de bas de page, le DSM-5 présente, en effet, une synthèse des distinctions à faire. Est-ce suffisant? Cette auteure concède que l'on devrait accorder un peu plus d'espace à cette réflexion et que de tels appels à la prudence seraient, même en fait, pertinents pour tous les diagnostics posés, cela en vue d'en prévenir l'attribution trop rapide, sans dialogue avec la personne ni de mise en contexte de sa demande d'aide.

---

41. 4<sup>e</sup> édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. La 5<sup>e</sup> édition originale en anglais date de 2013. Sa version française a été publiée chez Elsevier Masson en 2015.

## LA PREUVE DU PUDDING VAUT-ELLE POUR L'EFFICACITÉ DES PSYCHOTROPES ET DE LA PSYCHIATRIE FONDÉE SUR DES PREUVES<sup>42</sup>?

Aujourd'hui, nous pouvons observer que la certitude d'être fondée sur des faits domine la pratique psychiatrique. « *En effet, si, au départ, la médication a contribué à la sortie de l'asile de nombreux patients, "l'observance stricte de la médication [est dorénavant] considérée comme la voie royale de la guérison"* » (Dorvil, 2006, cité dans Bernheim, 2012, 557-8<sup>43</sup>). Si, en effet, les psychotropes modifient bien l'humeur et les perceptions de ceux qui les consomment, est-ce qu'ils démontrent ainsi qu'ils guérissent un déséquilibre de la biologie du patient? En fait, aucun de ces médicaments ne guérit vraiment la « maladie mentale », ça se saurait! Ce qui est certain, c'est que tous comportent des effets secondaires indésirables. Parmi ceux-ci, il y a l'engourdissement des émotions, des atteintes à la mémoire, aux capacités cognitives et de concentration. Le médicament psychiatrique peut causer des troubles du sommeil, des problèmes d'élocution, des mouvements involontaires (dyskinésie) et des atteintes aux organes comme le foie ou les reins. L'usage répété et à long terme augmente et peut rendre permanents ces risques induits par le traitement ou « iatrogéniques », ce qui pose un énorme problème pour les patients qui vieillissent.

Quoi qu'il en soit et malgré le peu de connaissance sur les sources et la formation du phénomène, on sait que pour certains, cette médication peut apaiser. Cet effet bénéfique n'est cependant pas une preuve, par défaut, de l'existence d'un facteur biologique qu'on ne sait repérer. On ne peut, dans l'état actuel de la science, expliquer comment le cerveau, à l'instar d'un pancréas qui ne produit plus d'insuline cause le diabète, engendrerait la schizophrénie ou la dépression. Les dysfonctionnements cérébraux pourraient donner lieu à plus ou moins 400 troubles différents, si l'on s'en tient au DSM-5. L'hypothèse de la source biologique n'est pas pour autant soutenue par l'observation. Ces douleurs seraient « comme » celles d'une maladie physique, mais s'exprimant dans l'univers des représentations de soi, des autres ou dans celui des émotions. On dit que certaines seraient chroniques, telle la « maladie » schizophrénique. Quoique : « [...] *dans le champ de la recherche sur l'évolution de la maladie schizophrénique, il est désormais établi que la majorité des patients [diagnostiqués comme tels] connaissent une évolution favorable de leur trouble* » (Koenig-Flahaut *et al.*, 2012, 280). Selon Ciompi *et al.* (2010), il s'agirait de 48 à 68 %

42. « La preuve du pudding, c'est qu'on le mange », Friedrich Engels, 1880. Tel était l'argument vulgarisé de la philosophie matérialiste en faveur de la « science » du prolétariat, telle qu'il la concevait.

43. Il y a aussi un retour de la psychochirurgie depuis le tournant des années 2000. Ce traitement est réservé aux soins des patients aux prises avec des dépressions sévères ou des troubles graves et invalidants d'obsessions compulsives, d'anorexie mentale, d'autisme, de toxicomanie ou de troubles agressifs et pour lesquels les traitements moins invasifs auraient échoué (Lévêque, 2014).

des personnes. « *La compréhension classique de la schizophrénie, associée à des concepts tels que “détérioration”, “chronicité”, “invalidité”, s’en trouve bouleversée* » (Koenig et al., 2014).

L’avantage de la représentation de cette souffrance existentielle et impalpable en une maladie serait de nous rassurer, face à l’étrangeté des manifestations que l’on nomme ainsi et au défi qu’elles nous posent. Une telle explication nous ramène dans un monde familier, celui des maladies qui s’expliquent et qui se soignent! À l’instar de la maladie physique, la « mentale » aurait des causes qui, bien qu’encore méconnues, seraient à la portée de la science moderne et de sa pharmacopée. Néanmoins :

« Depuis des décennies, on déclare régulièrement la découverte de la structure du cerveau, de la molécule ou du gène responsable de telle maladie mentale. Aucune de ces annonces ne s’est confirmée par la création d’un simple test diagnostique majeur (génétique, sanguin, radiologique, etc.), ce qui aurait pu attester du bienfondé d’une telle découverte. De nos jours, ces affirmations restent toutes discutées et discutables. »

(Parada, 2018, 206)



Cela dit, nous pouvons constater que le vocabulaire utilisé pour désigner ce que seraient ces « maladies mentales » appartient au lexique scientifique, tout en demeurant assez flou quant à son objet central. Ainsi, ni l’Association psychiatrique américaine (APA) dans son DSM-5, ni l’Organisation mondiale de la santé pour sa classification internationale des maladies (CIM 11) n’utilisent les termes de « maladies mentales ». Tous deux décrivent plutôt des « troubles mentaux », c’est-à-dire « [des] *ensemble[s] de symptômes dont on suppose l’évolution connue* », et ils ajoutent en note que ce terme a été préféré à celui de syndrome qui signifie habituellement en médecine « des corrélations anatomocliniques », c’est-à-dire entre des symptômes et des défauts organiques qui coïncideraient plus fréquemment que ne le permettrait le hasard (Foucher et Bennouna-Greene, *op. cit.*, 612). La notion de trouble, signale Salvarelli (2013), est aussi beaucoup plus malléable que celle de maladie : « [elle] *ne semble plus avoir de limites au sein de la société et du parcours de vie de tout un chacun* » (*ibid.*, 23). Que dire alors des « désordres », des « constellations » ou des « spectres » que l’on invoque pour « donner corps » à ce qui se présente, en fait, comme plutôt évanescant?

À sa 3<sup>e</sup> édition publiée en 1980, le DSM avait, nous l’avons mentionné précédemment, délaissé ses références psychanalytiques originelles, parce que jugées indémonstrables scientifiquement, pour adopter une approche médicale et scientifique, sans l’arrimer à une théorie d’ensemble. Ce virage épistémologique, voire cette révolution paradigmatique, eut pour conséquence pratique d’adopter la pharmacothérapie en remplacement de la

psychothérapie (Johnstone *et al.*, 2018). Le traitement conséquent vise l'extinction des symptômes et non plus la remise en sens de l'histoire et de la vie de la personne. Au fil de ses versions, le manuel se présente de plus en plus comme un catalogue de descriptions factuelles de divers « troubles ». Depuis sa première édition en 1952 à celle de 2013, on en a quadruplé le nombre. On peut attribuer cette croissance en grande partie aux pressions de l'industrie pharmaceutique et de certains groupes de patients et de leurs soignants. Tous ces acteurs du champ médicalisé de la santé mentale ont des intérêts particuliers, mais convergents à faire homologuer ces « troubles » et « maladies » par le DSM. Sa reconnaissance d'un état autrement difficile à cerner donne à ses victimes un statut de « vrais malades » avec accès à des traitements et à des congés remboursables par leurs assureurs publics ou privés. Les pharmaceutiques augmentent leurs ventes, les chercheurs universitaires et privés obtiennent des contrats et des chaires de recherche, tandis que les praticiens voient s'élargir leur clientèle et leur arsenal thérapeutique. Cette médicalisation est aussi avantageuse pour la psychiatrie en tant qu'institution, puisque cela lui donne un droit d'entrée dans le champ plus prestigieux de la médecine scientifique. On sait que les psychiatres y sont, encore aujourd'hui, victimes de préjugés. Nombre de leurs confrères et consœurs d'autres spécialités ne les considèrent toujours pas comme des scientifiques sérieux, mais plutôt comme étant eux-mêmes des personnages un peu dérangés (Sebbane, 2015, 417, 423). La théorisation des troubles mentaux en tant que manifestation de lésion ou de dysfonctionnement neurobiologique aurait, à cet égard, l'avantage de briser cette image d'une pratique fondée sur de « fumeuses » théories du langage, des relations, de l'imaginaire ou sur de mystérieuses et impalpables structures psychiques pour enfin marcher sur le terrain solide des comportements et des fondements biologiques observables.

Or, encore peu avant la publication de la 5<sup>e</sup> édition de son DSM, l'APA reconnaissait elle-même « [...] *qu'aucun indicateur biologique [n'était] assez fiable pour mériter de figurer dans cette nouvelle version* » (Gonon, 2011, 55-56). Jusqu'à aujourd'hui, l'attribution d'une cause biologique, biochimique ou génétique à ce que l'on identifie être des « maladies mentales » se fait encore sans l'observation de marqueurs biologiques spécifiques, ni par des tests cliniques qui permettraient de les associer à la constitution d'une « maladie » mentale. Il faudrait donc définir ce dont il s'agit.

À cet égard, on notera que la méthode d'acceptation et de définition des diagnostics du DSM est aussi assez peu fiable. Les comités qui en sont responsables procèdent par consensus de leurs membres. Ils doivent s'entendre sur un ensemble de symptômes qui spécifierait tel ou tel trouble. Plusieurs auteurs estiment que ces décisions devraient être fondées non pas sur des avis, mais sur des analyses ou des tests de laboratoires qui entérineraient la présence ou non d'une preuve physiologique. Ce serait, du moins, cohérent avec l'approche scientifique affichée haut et fort par l'éditeur du DSM-5. Miller et Holdent, 2010, cités dans Gonon (2016) rapportent que, dès la première conférence de préparation

du DSM-5 en 1999, les participants comptaient effectivement appuyer de nombreux diagnostics psychiatriques par des preuves fondées sur des tests génétiques ou par l'imagerie cérébrale. Depuis, ils ont déchanté, car aucun de ceux-ci ne s'est révélé être assez probant pour soutenir des hypothèses biophysiques. Dès lors, le DSM nous semble se rabattre sur une mathématique approximative d'apparition et de sévérité de comportements dits symptomatiques d'un trouble. La recommandation de prudence dans leur interprétation et dans la contextualisation de leur survenue par les psychothérapeutes n'en est que plus pertinente, mais pas nécessairement, ni toujours ni par tous, tenue en compte dans la pratique courante de la psychiatrie.

## L'EVIDENCE-BASED MEDICINE (EBM) AU SECOURS DE LA BIOPSYCHIATRIE

Le Plan d'action en « santé mentale » du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005-2010) précisait que :

« Par souci de garantir la qualité des services, ainsi que l'efficacité et l'efficience du système de soins [, il] prend en considération les mesures dont l'efficacité a été démontrée et les expérimentations documentées et prometteuses. Les connaissances issues de la recherche et de l'expérience doivent contribuer à améliorer les pratiques et les modes d'organisation. »

Québec, MSSS, 2005, 14 »

C'est, en peu de mots, l'homologation du programme de l'Evidence-based medicine (EBM)<sup>44</sup> imposée à la psychiatrie publique québécoise. Cela pose le problème qu'en ce domaine précis, les données scientifiques disponibles ne seraient pas nécessairement représentatives des « maladies » auxquelles elles prétendent s'appliquer (Bizouarn, 2005, 689). De plus, la méthode privilégiée de l'EBM, la méta-analyse qui consiste à regrouper et à analyser statistiquement les données de recherche tirées d'études publiées sur un sujet donné, apporterait en psychiatrie des conclusions parfois contradictoires, avec des zones d'ombre laissées par les résultats non recensés, parce que non publiés (Lesage *et*

44. *Evidence-based medicine* ou médecine fondée sur des preuves.

*al.*, 2001<sup>45</sup>). Enfin, souligne le philosophe Daniel Weinstock (2010), par-delà l'alibi de la méthode scientifique, la production des données probantes n'est pas entièrement objective. L'ensemble des acteurs visés ont, en effet, à composer avec des contraintes budgétaires, de temps ou de faisabilité, des pressions institutionnelles ou politiques, ainsi qu'avec des enjeux de carrière qui peuvent plus ou moins influencer leurs décisions quant aux choix des objets de recherche, des méthodologies ou dans la diffusion des résultats.

L'EBM associée à une conception plus médicale ou biologique de la psychiatrie est peu orientée sur la relation d'aide. Elle coïncide mieux avec une pratique fondée sur des critères de diagnostic et d'intervention objectivables du type DSM. Sa validité, parce qu'elle se fonde sur une preuve appuyée par les grands nombres, serait cependant peu transférable pour la compréhension des situations complexes comme celles traitées en psychiatrie (Bourgeois, 2001; Thurin *et al.*, 2006). De plus, l'EBM laisse de côté des « évidences » pratiques, comme la nécessité d'établir une alliance avec la personne en demande d'aide, d'être empathique à son égard, à son écoute, disponible et attentif ou attentive aux effets de transfert et de contretransfert (Bourgeois, *ibid.*).

Les incertitudes quant aux causes, aux configurations et aux spécificités des maladies mentales, autant qu'en ce qui concerne l'efficacité des traitements, remettent en question la recommandation de l'usage de l'EBM. L'objet de la psychiatrie est, en effet, plus difficile à cerner et à définir qu'un organe physique. Il est nettement influencé par des déterminants sociaux comme le revenu, le statut social, l'accès à une habitation décente, à des activités valorisantes et valorisées, etc. On a donc très probablement raison de le désigner comme une réalité complexe, biopsychosociale, mais dont les entrelacements et les modes d'interactions demeurent méconnus.

---

45. Les résultats négatifs ne sont que rarement publiés, pour des raisons éditoriales ou parce que les commanditaires se retirent du projet. Les revues rebutent à publier des articles qui ne font pas état d'avancées thérapeutiques et les commanditaires de recherche, le plus souvent des compagnies pharmaceutiques, préfèrent ne pas publiciser les aléas du développement de leurs éventuels produits (Lesage, Stip et Grunberg, 2001).

## ENCADRÉ 3

## LE TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL. UN EXEMPLE DE LA MÉTHODE DU DSM POUR DÉFINIR UN TROUBLE DE « SANTÉ MENTALE »



Il existe plusieurs diagnostics ridicules en psychiatrie qui peuvent servir à étiqueter bien des gens, par exemple le trouble de la tension prémenstruelle, ce qui est aussi nuisible puisque ce diagnostic peut empêcher des femmes d'obtenir un emploi ou d'obtenir la garde de leurs enfants advenant un divorce. Les critères de ce diagnostic sont si peu spécifiques qu'ils ne peuvent pas distinguer les femmes souffrant de symptômes prémenstruels graves des autres femmes et même les hommes donnent des réponses semblables à celles des femmes souffrant de symptômes graves, d'où je tire la conclusion que les hommes doivent être traités indéfiniment puisqu'ils n'ont pas de menstruations. La FDA s'en fiche. Elle a autorisé la mise en marché de la fluoxétine pour traiter cette pseudo-maladie que les psychiatres américains ont eu le culot d'appeler dépression. Eli Lilly a donné un autre nom au médicament, le Sarafem qui est du Prozac habillé en rose et lavande. Des couleurs ironiques pour un médicament qui ruine la vie sexuelle des gens [...]. En Europe, on a interdit à Lilly de faire la promotion du fluoxétine pour traiter quelque chose qui n'est pas une maladie et l'Agence européenne du médicament a critiqué férocelement les études de Lilly qui comportaient des défauts majeurs. La révision Cochrane de cette pseudo-maladie comptait 31 études et a trouvé que les médicaments antidépresseurs étaient efficaces. Évidemment! N'importe quoi qui a des effets secondaires (et ils étaient multiples) semble être efficace quand les résultats sont subjectifs [...] tant pour les maladies que pour les pseudo-maladies. »

*Extrait de Gotzsche, Peter (2017). Psychiatrie mortelle et déni organisé, Presses de l'Université Laval, page 36.*



### Le trouble dysphorique prémenstruel selon le DSM-5

- A. Au cours de la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, cinq ou plus des symptômes suivants ont été présents dans la plupart du temps lors de la dernière semaine de la phase lutéale (entre l'ovulation et le début des règles). Ils se sont améliorés au cours des premiers jours de la phase folliculaire (qui débute avec les règles) et sont demeurés absents pendant la première semaine après les règles. L'un de ces symptômes doit être (1), (2), (3) ou (4) :



1. Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou d'autodépréciation (idées de dévalorisation).
  2. Anxiété marquée, tensions, impression d'être nouée, tendue, nerveuse.
  3. Labilité émotionnelle marquée (p. ex. : brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
  4. Colère ou irritabilité marquée et persistante ou augmentation des conflits interpersonnels.
  5. Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (p. ex. : travail, école, amis, loisirs).
  6. Difficultés subjectives à se concentrer.
  7. Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
  8. Modification marquée de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments.
  9. Hypersomnie ou insomnie.
  10. Sentiment d'être débordée ou perte de contrôle.
  11. Autres symptômes physiques tels que tension ou gonflement des seins, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires, impression d'enfler, prise de poids.
- B. La perturbation interfère nettement avec le travail ou l'activité scolaire, les activités sociales habituelles et les relations avec les autres.
- C. Elle ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble comme un trouble dépressif majeur, un trouble panique, un trouble dysthymique ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).
- D. Des évaluations quotidiennes réalisées pendant au moins deux cycles symptomatiques consécutifs doivent confirmer la présence des critères A, B, C.

### ACTIVITÉ D'INTÉGRATION 3

## « NOMMER, C'EST CHANGER, TRANSFORMER<sup>46</sup> »

L'activité proposée pour conclure ce module consistera à renommer un diagnostic psychiatrique comme celui décrit ci-dessus ou l'autre ci-dessous. Il s'agit d'un exercice directement inspiré du *Guidelines on Language in Relation to Functional Psychiatric Diagnosis* produit par la

---

46. Citation de Jean-Paul Sartre, conférence de 1946, reproduite dans *La responsabilité de l'écrivain*, Verdier, 1999.

division clinique de la British Psychological Society (2014). Son objectif, en groupe ou en solitaire, est de trouver une formule non « stigmatisante » ni « médicalisante », alternative au diagnostic psychiatrique courant. Elle devrait exprimer mieux l'expérience vécue des personnes diagnostiquées. Pour ce faire, nous retenons et adaptons les trois principes proposés par ce même guide, soit :

1. Privilégier l'usage d'un vocabulaire courant. Utiliser, par exemple, le terme « difficultés » plutôt que « troubles » ou « sautes d'humeur fréquentes ou extrêmes » plutôt que « bipolarité ».
2. Éviter les termes bureaucratiques, comme « patient » ou « bénéficiaire » pour désigner des personnes qui sont surtout des citoyens et citoyennes qui utilisent un service de santé.
3. Lorsqu'il n'y a pas de terme courant ou que le contexte de la communication oblige à utiliser des termes médicaux, il est possible d'utiliser les guillemets et de signaler en note préalable ou de bas de page la nature de votre réserve quant à des dénominations qui vous apparaissent être offensantes ou inadéquates comme pourraient l'être la « démence », la « maladie mentale » ou le « trouble de santé mentale ».

Nous proposons ci-dessous quelques autres exemples de diagnostics répertoriés dans le DSM. La personne formatrice, animatrice, tout comme les personnes lectrices, pourront choisir un ou plusieurs de ces exemples pour en reformuler les définitions et les caractéristiques tout en évitant les dénominations qui réduisent les personnes à des idéaux types de comportements que le DSM regroupe comme différents « Troubles de... ». Enfin, seules ou en groupe, les personnes participantes sont invitées à proposer des facteurs possibles de tels problèmes sans avoir recours à des termes médicaux ni à des causes physiologiques.

Voici la formulation du DSM, telle que rapportée par le psychiatre Hubert Wallot dans sa « Présentation du DSM-5 » (2016).

**Le trouble *Anxiété généralisée*, selon le DSM-5** se caractérise, explique Hubert Wallot, par une :

« [...] préoccupation anxieuse excessive et chronique qui dure pendant plusieurs jours et est difficile à contrôler. Cette préoccupation s'accompagne de symptômes comme des problèmes de concentration, de l'insomnie, de la tension musculaire, de l'irritabilité, et de l'impatience physique, le tout aboutissant à une détresse ou une perturbation cliniquement significative. Le DSM 5 spécifie 6 symptômes caractéristiques du TAG; l'agitation ou la sensation d'être survolté ou à bout; la fatigabilité; une difficulté de concentration ou de mémoire; l'irritabilité; la tension musculaire; et la perturbation du sommeil. Ces symptômes

entraînent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants. La perturbation n’est pas due aux effets physiologiques directs d’une substance (alcool, drogue ou médicament) ni d’abord à condition médicale ou à un autre trouble mental préexistant. »



TABLEAU 2

Exemple de diagnostic alternatif

<b>Version Wallot/ DSM-5</b>	Le trouble Anxiété généralisée « [...] Ce trouble se caractérise par une préoccupation anxieuse excessive et chronique qui dure pendant plusieurs jours et est difficile à contrôler. Cette préoccupation s’accompagne de symptômes comme des problèmes de concentration, de l’insomnie, de la tension musculaire, de l’irritabilité, et de l’impatience physique, le tout aboutissant à une détresse ou une perturbation cliniquement significative. »
<b>Version révisée un exemple</b>	<p>L’anxiété est une vive inquiétude ou une disposition à s’inquiéter, à être anxieux.</p> <p>On dit aussi une peur sans objet. C’est un sentiment courant, pénible, mais utile à la survie. Il est, par exemple, à la source d’une saine vigilance du simple piéton en ville.</p> <p>Néanmoins, si cette peur survient sans cause apparente ou immédiate, des causes psychosociales sont à considérer comme la pauvreté, les discriminations, les traumatismes, etc. qui peuvent longtemps « planer » au-dessus de la tête de plusieurs.</p>
<b>Solutions de rechange aux critères déficitaires du DSM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identifier les sources de stress (travail, argent, alimentation, bruits, deuils, séparation, violence) auxquelles je suis exposé ces temps-ci ou l’ai été plus anciennement.</li><li>✓ Me prévoir et me réserver des temps de détente : lecture, yoga, sieste, promenade dans un parc, etc.</li><li>✓ En parler avec une personne de confiance.</li><li>✓ Etc.</li></ul>

## Consignes

La personne formatrice fait la lecture d'une définition choisie parmi celles présentées ci-dessous. Elle sera reportée dans la première case du tableau ci-dessus. Pour ne pas y mettre trop de temps, il est préférable de préparer à l'avance des diapositives électroniques ou des cartons qui reproduiront les tableaux à compléter avec la définition d'un diagnostic psychiatrique déjà inscrite dans la première case. La lecture en ayant été faite, on demandera aux personnes participantes de commenter la définition. Quelques questions peuvent aider à lancer le jeu.

**Exemple :** Commençons par clarifier le problème énoncé. Exemple : cette définition est-elle compréhensible? Que signifient les qualificatifs censés la préciser? Par exemple : « *excessive* et *chronique* », comment est-ce mesurable? Ou « qui est *difficile à contrôler*? » la personne ou des plaignants? Qu'est-ce que la **chronicité**? S'agit-il d'une blessure qui ne guérit pas, d'un état mental durable ou résultant d'une agression unique ou récurrente au fil du temps? Le camouflage d'un échec thérapeutique? Qu'est-ce qu'une peur « sans objet »?

1. **Créer une version révisée par le groupe :** à partir des critiques et des observations notées au tableau 2 par les personnes participantes, la formatrice inscrit sur une grande feuille ou un autre tableau les mots clés retenus par le groupe. Ensuite, elle appelle à la reformulation : en déterminant les mots clés jugés les plus adéquats quant à la situation représentée par le diagnostic; les liens possibles entre l'environnement social, politique, économique, le ou les problèmes qu'il évoque; quant à des expériences de vie qui pourraient provoquer ce type de mal-être. Etc. Tous ces mots sont notés à la vue de tous et servent à construire un court énoncé qui devrait être expressif, mais non stigmatisant. On choisit collectivement un titre.
2. **Évaluation du module :** on termine en demandant au groupe d'évaluer l'exercice et son lien avec la présentation du module. Les personnes participantes ont-elles apprécié plus l'exercice et les propositions émises ou moins? Que retiennent-elles?

*Voici quelques autres descriptions que vous pouvez utiliser pour ce jeu. Elles sont tirées du DSM-5, synthétisées par les sources mentionnées à la fin de chacune de celles-ci.*

**Trouble dysphorique prémenstruel :** ce trouble survient environ une semaine avant les menstruations et se caractérise par l'irritabilité, la labilité émotionnelle, des maux de tête, de l'anxiété ou des symptômes dépressifs, le tout rentrant dans l'ordre après les menstruations (voir Encadré 2).

***Trouble de thésaurisation pathologique*** : ce trouble (connu aussi comme syllogomanie ou syndrome de Diogène) se caractérise par un comportement compulsif d'accumulation de divers objets qui peuvent ou non être utiles à la personne. Dans ce trouble, la personne est incapable de se débarrasser d'articles même s'ils créent des situations dangereuses au domicile, comme pour le feu. Il faut spécifier si c'est avec acquisitions excessives. (Voir le site de Psychomédia, DSM-5.)

Les hypothèses d'une transmission génétique ou de causes neurologiques sont maintenues, mais non démontrées. Les pistes d'une adaptation psychosociale consistent à associer cette habitude envahissante : à des expériences de traumatismes ou d'abus qui auraient sapé la confiance de la personne aux autres, confiance qu'elle transfère aux choses qu'elle peut détenir; à l'influence de la culture et de la publicité qui associent ces possessions au bonheur; au plaisir d'acheter, de magasiner; à l'association du geste de jeter les choses à un deuil traumatique; à des difficultés à s'organiser. (Voir le site de eSantéMentale.ca.)

***Trouble de la personnalité limite*** : est caractérisé par l'instabilité émotionnelle, de l'impulsivité, une sexualité chaotique, des gestes suicidaires, des comportements d'automutilation, des problèmes d'identité, de l'ambivalence. Ces types de troubles se caractérisent par des formes d'adaptation comportementale profondément ancrées de longue date dans la personne et aisément identifiables dès l'adolescence et même plus tôt. Une recension de la recherche (méta-analyse) indique que l'instabilité émotionnelle liée à ces bouleversements, qui caractérise ce trouble pourrait, « may be », être causée par des anormalités du cerveau (Schulze, Schmahl et Niedtfeld, 2016). On observe aussi que de nombreuses personnes diagnostiquées comme telles ont été victimes préalablement d'abus physique ou psychologique, ont souffert de carence affective ou de séparation tôt dans l'enfance, et qu'elles ont subi des événements stressants à l'adolescence ou devenus adulte. (Voir les sites de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et de Psychomédia.)

## MODULE 3

### Les différentes formes de l'exclusion : âgisme et sanisme, une approche intersectionnelle de la discrimination et des oppressions



#### Contenu

- Présenter les formes de discriminations les plus communes que subissent les personnes âgées et psychiatisées
- L'intersectionnalité des discriminations ou le cumul des oppressions
- Âgisme, sanisme, ombrage ou masquage diagnostique (overshadowing)

La stigmatisation est un concept de la sociologie qui désigne diverses formes de représentations sociales négatives ou dénigrantes qui sont accolées à des populations spécifiques. Les personnes racistes attribuent aux personnes d'autres origines ethniques ou culturelles, autres que la leur, diverses caractéristiques infamantes comme le font les sexistes envers les femmes ou les âgistes à propos des vieux. Goffman observait en 1963<sup>47</sup> : « [En réalité, tous peuvent en être victime si ce n'est :] « *le jeune père de famille marié, blanc, citadin, nordique, hétérosexuel, protestant, diplômé d'université, employé à temps plein, en bonne santé, d'un bon poids, d'une taille suffisante et pratiquant un sport* » (1975, 151). La même chose pourrait se dire encore aujourd'hui au Québec et peut être avec plus de force si l'on considère l'accroissement des inégalités sociales. Toutes ces formes de mises à l'écart peuvent être agies ou exprimées par nos familles, notre voisinage, des employés de services publics ou privés, ainsi que par des institutions qui adoptent des politiques et des pratiques qui sont plus particulièrement défavorables à un groupe social ou à plus d'un. On constate, en effet, que ces oppressions s'exercent fréquemment plus d'une à la fois et sur une même personne. Ce croisement des blâmes à un effet d'amplification de la charge d'exclusion sociale. C'est ce que l'on appelle la « discrimination intersectionnelle » sur laquelle nous reviendrons. Mais tout d'abord...

## STIGMATISATION DE LA « SANTÉ MENTALE » OU SANISME?

---

Selon le *Guide d'accompagnement du réseau québécois de la santé et des services sociaux pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination de la maladie mentale dans ses établissements* du MSSS, toutes les maladies mentales « s'accompagnent d'une stigmatisation » (Bélanger, 2016, 2). C'est un phénomène connu et réputé nocif pour les personnes qui en sont les victimes (Yvon et Prouteau, 2017) et il sévit partout en Occident (Corrigan, 2016). La personne étiquetée « malade mentale » sera considérée le plus souvent comme étant dangereuse, imprévisible, inapte, dépendante, paresseuse ou peu intelligente (Bélanger, *op. cit.*, 3). Une revue de littérature de Clesse *et al.* (2016) ajoute à cette liste de préjugés ceux d'être moches, grosses ou laides, incapables de reconnaître leur problème de « santé mentale » et globalement incurables. Cette liste correspond, à quelques variantes près, à ce que l'on retrouve dans la plupart des articles scientifiques sur le sujet. Giordana (2010, 9) précise que les présomptions de dangerosité et d'imprévisibilité sont attribuées à une incapacité à se conformer aux règles et aux conventions sociales, autrement dit, un postulat selon lequel toutes ces personnes seraient irresponsables. Le même auteur note qu'ils subissent un préjugé de moindre capacité cognitive qui équivaut à les qualifier « d'idiots du vil-

---

47. Date de l'édition originale en anglais.

lage ». Enfin, Yvon et Prouteau (*op. cit.*) estiment que ces défauts sont surtout attribués aux personnes diagnostiquées d'une forme de psychose, tandis que celles réputées souffrir de troubles de l'humeur, de l'alimentation ou de toxicomanie seraient surtout présumées responsables de leur propre malheur et de sa persistance. Citant l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Bélanger (2016) propose une typologie de cette stigmatisation. Celle-ci comprendrait le type social qui est exercé par la population en général; l'internalisée qui signifie que la personne concernée se discrédite elle-même; et le stigmate qu'acquière les proches comme par contagion. Ce dernier est celui que Goffman (1975) qualifiait, non sans ironie, « d'honoraire » ou « de courtoisie ». Le dernier type est dit structurel ou systémique, c'est-à-dire qu'il s'incarne dans des règles institutionnelles ou dans des pratiques courantes d'établissements ou de certains professionnels qui vont à l'encontre de l'accès aux services et aux droits reconnus des personnes identifiées comme malades mentales.

Ces différentes formes de stigmatisation auront des conséquences négatives sur plusieurs aspects de la vie des personnes concernées. Celles-ci auront un accès moindre à l'emploi et au logement, un risque accru d'être accusée injustement de violence et de recevoir des traitements médicaux de moindre qualité (Corrigan, *op. cit.*, 50). Les femmes âgées, plus susceptibles que les hommes et les jeunes sont, par exemple, à risque de se voir administrer l'électroconvulsothérapie (ECT) ou des électrochocs. Aussi, plusieurs personnes participantes à notre recherche et à notre formation de personnes formatrices ont déploré ce paradoxe qui consiste à être discrédité par ceux-là mêmes qui ont mission de prendre soin d'eux.



## ENCADRÉ 4

### LE SANISME

Extrait de l'article de Stéphanie LeBlanc et Élisabeth Anne Kinsella, (2018), « Vers une justice épistémique : examen critique et réflexif du "sanisme" et de ses implications dans la production du savoir »

« [le sanisme] implique l'assujettissement et l'oppression systématique des personnes qui ont reçu des diagnostics relatifs à la "santé mentale", ou qui sont autrement perçues comme étant "malades mentales" (Perlin, 1992, 2003; Poole et al., 2012). Le terme sanisme a été inventé dans les années 1960 par l'avocat militant Mortin Birnbaum en collaboration avec Florynce Kennedy, une célèbre avocate féministe (Birnbaum, 2010; Fabris, 2011). Michael Perlin, activiste et avocat spécialisé dans les droits des personnes handicapées, a par la suite popularisé le concept (Burstow et al., 2013; Fabris, 2011; Perlin, 2000). La grande majorité de la littérature sur le sanisme est constituée des écrits de Perlin et de ses collaborations avec d'autres, développés à partir de près de 30 ans d'observation personnelle (Fabris, 2011; Williams, 2013). Perlin s'est concentré sur l'injustice et les inégalités dans le système judiciaire, mais son analyse s'applique à de nombreux aspects de la stigmatisation, de la discrimination et des préjugés structureaux (Williams, 2014).

Perlin (2003, 536) décrit le sanisme comme "un préjugé irrationnel de la même qualité et du même caractère que d'autres préjugés irrationnels qui causent (*et se reflètent dans*) les attitudes sociales dominantes de racisme, de sexisme, d'homophobie et d'intolérance ethnique", et toute autre "isme" que la société ne tolère plus. Le sanisme peut prendre la forme d'une discrimination flagrante et de diverses formes de stigmatisation, mais il s'exprime aussi couramment dans une multitude de micro agressions, qui consistent en de "multiples et petites insultes et humiliations" (Kalinowski & Risser, 2005, cité dans Poole et al. 2012, p. 21; Burstow et al. 2013; Chamberlin, 1990; Goffman, 1963). Le sanisme est sans doute l'une des dernières formes de discrimination systémique socialement acceptées et approuvées par l'État à l'encontre d'un grand groupe social (Jones & Brown, 2013). Bien que le sanisme soit aussi troublant que d'autres formes de discrimination, il est particulièrement insidieux, car il reste largement invisible et est autoalimenté, socialement acceptable et régulièrement pratiqué (Perlin, 1992, 2003; Poole et al. 2012; Wolframe, 2013b).

Le sanisme est conceptuellement dépendant de l'idée selon laquelle les personnes folles seraient fondamentalement différentes des personnes "saines d'esprit"

(Perlin, 2000, 2003; Poole et al., 2012).



## L'OVERSHADOWING OU L'EFFET D'OMBRE OU DE MASQUAGE PAR LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

*L'overshadowing* que nous pouvons traduire par « masquage diagnostique » est une discrimination structurelle parce que reliée à des pratiques d'une gestion qui privilégie le rendement plutôt que la personnalisation des soins et systémique en ce sens qu'elle s'est installée comme une pratique acceptable pour plusieurs intervenants et intervenantes. Elle peut survenir lorsqu'une personne ayant un dossier psychiatrique se présente dans un service de santé, souvent en urgence, pour obtenir un service médical et que celle-ci est plutôt aiguillée d'emblée vers un service psychiatrique, à tort, et sans que cela réponde à sa demande. Dans ce cas, on dit que l'antécédent psychiatrique fait ombre à sa demande. L'infirmière au triage ou le médecin de garde aura interprété trop hâtivement sa plainte comme une somatisation ou une blessure auto-infligée qui serait nécessairement attribuable au problème « mental » de cette personne. Plusieurs auteurs ainsi que nos témoins interviewés observent de plus que la pression institutionnelle subie par le personnel hospitalier pour désengorger les services de santé est sans doute en cause. En cours de recherche, nous avons recolté plusieurs témoignages de cette pratique qui retarde ou prive nombre de patients et patientes d'un soin adéquat et les traumatisent ou les (re) traumatisent en les désappropriant de leur capacité de discernement et de leur crédibilité. Elles se sentent mises sous tutelle, punies et humiliées (Thornicroft *et al.*, 2007). Shefer *et al.* (2015) rapportent à ce propos une étude fondée sur des entrevues menées auprès d'infirmières, de médecins et de membres d'équipes de liaison psychiatriques de quatre services d'urgence de Londres. On y a estimé que les trois quarts des patients psychiatriques avaient été mal diagnostiqués ou avaient vu leur examen et leur traitement retardés avec des conséquences malheureuses et parfois irréversibles.

Une autre étude, américaine, cette fois menée sur 133 dossiers de patients issus d'une unité psychiatrique et reçus dans un service d'urgence, a constaté que 57 % d'entre eux avaient été mal orientés (Geiss *et al.*, 2018). Les causes connues de cette mauvaise pratique sont le débordement des urgences, la crainte de la violence, la pression au rendement exercée sur les employés en clinique et la complexité des cas (*ibid.*). Cela illustre les deux formes de discrimination systémique dans le système de santé : la première s'exerce directement par l'application de politiques institutionnelles ou de programmes ou services qui excluent certains groupes et celle plus indirecte qui est le fait d'employés, du gardien de sécurité jusqu'au médecin responsable, qui par leurs attitudes et préjugés accordent moins d'attention, de temps ou de rigueur à certaines personnes en raison de divers préjugés<sup>48</sup>.

48. Paraphrase de : « Avis sur l'âgisme envers les aînés, état de situation », Conseil des aînés du Québec (2010), p. 26. Cette distinction est en effet applicable aux personnes victimes non seulement d'âgisme, mais aussi de tout autre forme de profilage discriminant.

## L'ÂGISME

---

Le terme d'âgisme a été créé par un gérontologue américain, Robert N. Butler. Il l'a utilisé pour la première fois dans un article de 1969 intitulé « Age-Isms : Another form of Bigotry ». Il désignait ainsi le rejet et le dénigrement des personnes âgées qui allaient bénéficier d'un immeuble de logements subventionnés. Leurs futurs voisins les voyaient comme des facteurs de désordre dans leur quartier, qu'ils provoqueraient la dévaluation de leurs propriétés. Ce terme, « âgisme », est passé dans le langage courant. Il désigne une discrimination ciblée sur les vieux, comme le racisme qui discrédite les personnes d'autres cultures ou origines autres que celle du raciste ou le sexisme qui réduit les gens à des stéréotypes de genre, etc.

C'est encore un jugement essentiellement idéologique et politique. Pensons au théâtre de la Renaissance qui présente souvent les gens âgés en êtres égocentriques, avares ou libidineux. Les auteurs reproduisaient dans leurs farces un conflit intergénérationnel et politique qui opposait les aînés, devenus oisifs tout en demeurant propriétaires et maîtres de leurs terres sur lesquelles les jeunes faisaient tout le travail. Ceux-ci ne pouvaient espérer s'établir qu'au décès de leurs pères. Ce conflit des générations coïncidait avec l'amélioration de l'espérance de vie et donc aussi la prolongation de la dépendance des héritiers. Nous avons vu qu'une représentation semblable des boumers a aujourd'hui cours en en faisant les parasites des jeunes. Mais il y a là plus qu'un simple effet de surreprésentation; la dépréciation des vieux est surtout le fait d'une société historique caractérisée par des valeurs de productivité, de consommation, d'individualisme et de concurrence.

Dans le domaine de la santé, on observe des manifestations directes et indirectes d'âgisme. L'effet du désinvestissement de l'État dans les CHSLD et dans les services à domicile a été vertement dénoncé année après année par la Protectrice du citoyen du Québec et cela bien avant que la pandémie de la COVID-19 en révèle le caractère meurtrier. C'est certainement une triste démonstration de l'âgisme de notre société. De façon plus directe, de personne à personne, les patients âgés sont considérés comme moins stimulants, car ils ne sont pas l'objet de traitements de pointe ni de guérisons spectaculaires ou parce que l'on y conçoit la vieillesse que comme un état déficitaire. Les spécialistes passent moins de temps avec eux. Des professionnels de la santé persistent à croire que la dépression est un effet normal du vieillissement comme le serait le désintérêt pour les activités sexuelles. Il est courant qu'on utilise envers les personnes âgées un langage de « bébé » ou qu'on les traite avec condescendance en s'appuyant sur la croyance que les capacités cognitives diminuent nécessairement avec l'âge. De façon plus systémique, l'organisation des services avec des dispositifs de rendez-vous qui privilégient les technologies informatiques, la rareté des lits de convalescence disponibles pour ces personnes ou le manque de place et de personnel dans les résidences pour personnes âgées du réseau public sont autant de

manifestations de l'âgisme vécu par des patients. Les priorités collectives, incarnées par nos gouvernements, sont ailleurs.

Selon l'agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal : Les personnes âgées présentant un problème de « santé mentale » sont parmi les plus vulnérables et les plus isolées de notre société. Elles sont aussi parmi les plus touchées par la stigmatisation. Il y a à la source du phénomène, des facteurs systémiques comme leurs revenus limités, leur accès difficile aux transports en raison des coûts ou de l'éloignement, la mauvaise coordination des services entre les spécialités, des critères d'accès qui les excluent ou le manque de formation adéquate des intervenants (ASSSM, 2011, 9).

L'impact de telles entraves à l'obtention et à la qualité des services de « santé mentale » augmente avec l'âge du patient. Or, selon une revue de littérature américaine, le taux de personnes aux prises avec un problème de « santé mentale » équivaldra en 2030 chez nos proches voisins à 275 % de ce qu'il en était en 1970 (cité dans Shibusawa et Padgett, 2009, 188). Avec l'amélioration générale de l'espérance de vie, il est prévisible que le nombre d'adultes vieillissants qui vivront un épisode de dépression, de l'anxiété ou qui seront diagnostiqués de schizophrénie, de toxicomanie ou d'autres problèmes répertoriés par la psychiatrie augmentera en proportion.

Bizzini (2007) soutient que la vieillesse peut légitimement conduire à un certain désespoir. Selon cet auteur, la personne vieillissante traîne certainement quelques regrets du passé, se confronte à des deuils au présent et appréhende un destin certain et inconnu à la fois. Cette analyse qui semble aller de soi est cependant controversée. Selon Thomas et Hazif-Thomas (2008), on peut évaluer que la prévalence des états dépressifs chez les personnes âgées est d'environ 15 % et que de 60 à 70 % de ces cas sont néanmoins « négligés, méconnus ou mal traités ». Ce phénomène serait attribuable à ce que l'on présuppose à tort que la tristesse, les états confusionnels et l'anxiété sont des traits normaux de la vieillesse ou plus simplement parce qu'ils sont difficiles à discerner de divers symptômes somatiques ou de déficits cognitifs, voire même de sevrage alcoolique ignoré par l'équipe soignante (OMS/AMP, 2002; Bizzini, *op. cit.*; Masse et Meir, 2012). D'autres auteurs (Collins, Sarkistan et Winner, 2008) estiment qu'au contraire, cette hypothèse ne sert qu'à justifier un préjugé puisqu'en fait, il y aurait assez peu de données pour prouver que le vieillissement s'accompagne nécessairement d'une hausse de la tristesse. De nombreuses recherches rapporteraient même qu'au contraire, le bonheur croîtrait avec l'âge et notamment à partir du mitan de la vie. Ce qui serait plus caractéristique du vieillissement contemporain, c'est l'écart saillant, plus que chez les autres groupes d'âge, entre les personnes âgées qui développent cette aptitude au bonheur et celles qui, au contraire, s'attristent. Les facteurs de préservation relèvent de la personnalité, mais aussi de facteurs sociaux comme le fait de vivre en couple ou non, de bénéficier d'un large réseau social, d'avoir de bons revenus et d'être en plus ou moins bonne santé physique (*ibid.*).

## L'INTERSECTIONNALITÉ DES OPPRESSIONS

---

Bref, le malheur n'arrive jamais seul et c'est ce qui se passe avec les discriminations. L'âgisme ne remplace pas le sanisme, comme l'homophobie n'occulte pas le racisme, ni le sexisme ne s'efface derrière le classisme (discrimination fondée sur la classe sociale). Kimberlé Crenshaw, une féministe afro-américaine, a créé le concept d'intersectionnalité des discriminations pour saisir la structure et la dynamique de cette réalité. « L'intersectionnalité est une critique de l'homogénéisation de certaines catégories et de la tendance à uniformiser les expériences vécues : toutes les femmes ne sont pas “Blanches” et tous “les Noirs” ne sont pas des hommes »<sup>49</sup>. Et, ajouterons-nous, tous les fous ne sont pas vieux, en situation d'itinérance ou violents et vice versa. L'analyse intersectionnelle devra donc tenir compte de tous les repères identitaires de la personne ou des personnes discriminées : genre, âge, origine ethnique, apparence, statut social, etc. Dans ce manuel, nous avons porté attention surtout à l'intersection des discriminations quant au grand âge des personnes qui sont aussi identifiées comme « malades mentales » ou « folles ». Néanmoins, cela ne les rend pas indemnes des oppressions classistes, sexistes, racistes ou autres.

### ACTIVITÉ D'INTÉGRATION 4

## EN GUISE DE RÉVISION - LE QUIZ DE LA CHASSE AUX PRÉJUGÉS

### Consignes

Le jeu consiste à poser des questions à propos des préjugés courants que subissent les personnes âgées et celles qui sont porteuses d'un diagnostic psychiatrique. Il est possible de reproduire chacune des questions sur une fiche pour ensuite les distribuer au hasard parmi les personnes participantes. Chacune des personnes participantes pourra ainsi lancer le jeu à son tour. Il s'agit alors de simplement lire la question et d'inviter les autres personnes participantes à donner leur réponse. Le but de l'exercice est de répertorier les avis de tous et toutes, de les inciter à exprimer leurs arguments pour ensuite débattre en groupe. Chacun et chacune pourront ainsi, à tour de rôle, poser leur question aux autres pour, à la suite du tour de table, lire la réponse inscrite sur leur carton et lancer la discussion. Le nombre de questions mises en jeu et, conséquemment, celui des personnes lectrices, variera selon le temps alloué et le nombre de personnes participantes.

---

49. Lexique « Ligue des droits et libertés ». Disponible en ligne.

## 1. L'augmentation du nombre de personnes âgées au Québec est responsable de l'explosion des coûts de la santé

**Faux.** L'effet du vieillissement de la population hospitalisée aurait plutôt une faible influence sur l'évolution des coûts à l'hôpital. Cette hausse serait surtout causée par la prévalence plus importante de certaines maladies et par la manière de les traiter, c'est-à-dire avec plus d'exams qui mobilisent divers professionnels et nécessitent des équipements plus sophistiqués et coûteux (Échevin et Morin, 2019). Cette fausse idée « [...] est nourrie, entre autres, par le stéréotype d'une population âgée caractérisée par un mauvais état de santé, ou tout au mieux par la fragilité. De là on conclut que l'augmentation du nombre et du pourcentage de personnes âgées doit se traduire par une pression intenable sur le système public. Pourtant, l'âge en soi contribue peu à l'augmentation des dépenses de santé » (Gee et Gutman, 2000, cité dans Lafortune, Béland et Bergman, 2011).

## 2. Les personnes âgées vivent aux crochets des jeunes

**Faux.** En fait, les fonds de pension des personnes âgées sont financés par les revenus accumulés des cotisations qu'ils ont payées à l'avance lorsqu'ils étaient employés. Il en sera de même pour ceux qui sont encore jeunes aujourd'hui. En outre, les personnes de plus de 55 ans ont un bon taux d'engagement dans des activités bénévoles (24 %). Bien que celui-ci ne dépasse pas celui des plus jeunes, ils y consacrent individuellement plus d'heures (Castonguay, Beaulieu et Sévigny, 2015). Ces statistiques ne tiennent pas compte de l'entraide informelle, hors association ou de la famille qui, par définition, ne peut être comptabilisée. Leurs contributions familiales en particulier sont importantes au point où le langage populaire a inventé le nom de « génération sandwich » pour désigner ces « nouveaux vieux ». Ils sont, en effet, souvent partagés entre l'aide aux familles de leurs enfants devenus à leur tour parents et l'assistance à donner à leurs parents très âgés.

## 3. L'âgisme n'est qu'un préjugé de personnes mal informées qui ne change rien à la réalité

**Faux.** Ces préjugés influencent l'estime de soi et la perception de la réalité de leurs victimes. De nombreuses recherches recensées (Nelson, 2016) le démontrent : les personnes âgées tendent à se conformer aux stéréotypes qu'on leur attribue. Pourtant, les croyances suivant lesquelles l'âge s'accompagne inévitablement de déclin et de problèmes de santé et que le vieillissement est source de stress et d'anxiété qui affaiblissent le système immunitaire ne sont pas avérées pour tous et toutes. Ces préjugés sont aussi actifs dans les institutions. Plusieurs médecins les endossent et adoptent des attitudes âgistes envers leurs patients âgés : consultations écourtées, manque d'intérêt, autoritarisme, etc. (Kergoat, 2009; Masse et Meire, 2012; Adam, Joubert et Missotten, 2013) ou en ne traitant pas de manière optimale leurs maladies graves (OMS, 2002; Robb, Hongbinn et Haley 2002).

#### 4. Les effets de la stigmatisation de la « maladie mentale » se limitent à blesser l'amour propre de ses victimes

**Faux.** Selon l'OMS et l'AMP (2002), « [...] la stigmatisation reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès aux soins de qualité pour les personnes âgées avec troubles mentaux ». On a aussi documenté le fait que les personnes diagnostiquées d'une maladie mentale ou identifiées comme telles sont plus fréquemment victimes que les autres patients de mauvaise évaluation diagnostique lorsqu'elles requièrent des soins médicaux généraux. C'est ce que l'on appelle le masquage diagnostique ou en anglais l'*overshadowing*. Il s'agit de la propension des soignants à interpréter les plaintes des personnes déjà diagnostiquées ou considérées comme malades mentales en tant que somatisation, appel à l'attention ou idée délirante. Selon les témoignages recueillis (Gagné et Poirier, 2018), cette discrimination s'accroîtrait même avec l'âge des personnes concernées. La stigmatisation a pour effet d'isoler les personnes, d'entraver leur participation sociale et de réduire leur espoir en un rétablissement. Elle dissuade le public et les institutions d'investir dans des ressources de soins et de soutien social.

#### 5. Le Québec moderne d'après sa Révolution tranquille a une grande ouverture d'esprit face à la sexualité de ses aînés

**Faux.** Il est plus courant de croire que « [l]es personnes âgées n'ont pas de désir sexuel; [qu']elles ne pourraient pas faire l'amour, même si elles le voulaient; [qu']elles sont physiquement fragiles et le sexe peut leur causer de la douleur; [qu']elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables et; [que] le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers » (Cousseau et al., 2016). Pourtant, on estime que le trois quarts des personnes âgées de 60 à 69 ans ont toujours des activités sexuelles comme environ le quart des plus de 70 ans. Ce préjugé ne sert qu'à justifier nos tabous sociaux. En fait, la vie sexuelle ne disparaît pas avec l'âge même si elle se transforme. Elle s'exprime plus par des câlins, des caresses diverses. La communication, l'humour et les attentions diverses de l'un envers l'autre prennent simplement le pas sur le coït. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le maintien d'une vie sexuelle « contribue à la qualité de vie et au bien vieillir » (Drummond et Brotman, 2013). En prime, le sexe est « bon pour la santé, car il facilite le sommeil, soulage la douleur chronique, réduit les effets de la ménopause et les problèmes d'incontinence et diminue les risques de cancer de la prostate (Ribes, 2009, cité par Dupras, 2016) ».

#### 6. Dans notre réseau moderne de « santé mentale », la « maladie mentale » est vraiment considérée comme une maladie parmi les autres

**Faux.** Bien que « la “santé mentale”, une maladie comme les autres! » fut le slogan des psychiatres qui ont présidé à sa désinstitutionnalisation au Québec dans les années 60, force est de constater que ce diagnostic est toujours, ici comme ailleurs en Occident, porteur de préjugés actifs jusque dans les institutions de santé et parmi le personnel soignant. À preuve,

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a dû publier en 2016 un guide consacré aux personnels de la santé, intitulé « La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux ». Il est à noter que malgré ce titre englobant, il n'y est question que de la stigmatisation associée à la « maladie mentale ». Ces préjugés ne sont pas réservés aux personnes mal informées, peu familières avec le domaine de la santé ou qui n'ont jamais fréquenté de personnes aux prises avec des peurs, des peines ou d'autres sentiments pénibles surtout lorsqu'ils deviennent envahissants ou récurrents. En effet, des recherches menées en Europe et en Asie démontrent toutes qu'à l'intérieur même des institutions de santé, les psychiatres eux-mêmes sont victimes de stigmatisation. Leurs confrères médecins approuvent fortement des affirmations telles qu'« il faut être fou pour s'occuper des fous », que « la psychiatrie est contagieuse » ou que « ce n'est pas de la médecine » (Sebbane, 2015). Cela peut, peut-être, expliquer l'engouement de la psychiatrie pour les hypothèses de causes organiques aux « maladies mentales ».

## 7. La science psychiatrique moderne nous permet d'identifier des « maladies mentales »

**Faux.** On ne connaît aucun déterminisme biologique propre à une « maladie mentale ». Il n'y a pas non plus de modèle animal qui permettrait de reconnaître les mécanismes physiologiques en cause dans une telle maladie. Ce que nous désignons ainsi sont des états de souffrance comme de la grande tristesse, du désespoir, des peurs, des sentiments d'étrangeté, etc. qui deviennent parfois envahissants. Il ne s'agit pas ici de nier la souffrance que certains appelleront psychique, mal de l'âme ou détresse psychologique, etc., mais de ne pas en réduire la compréhension à une seule hypothèse qui, comme les autres, n'est pas « probante ».

## 8. La psychopharmacologie ne permet pas de guérir les maladies mentales

**Vrai.** Les traitements par médication des angoisses récurrentes, des abîmes de tristesse, de l'envahissement de soi par des voix ou d'autres sensations étranges, peuvent permettre d'atténuer certaines de ces manifestations. Ce sont des psychotropes qui, selon la Commission de l'éthique en science et technologie (ministère de l'Enseignement supérieur, de la science et de la technologie du Québec) : « [...] tels les antidépresseurs et les stimulants, affectent le système nerveux central. Les espoirs suscités par les nouvelles générations de médicaments psychotropes sont immenses. On constate également depuis quelques années une hausse continue des diagnostics et des ordonnances concernant des troubles de "santé mentale", dont la dépression et les troubles d'attention. [Néanmoins,] les connaissances sur le cerveau, sur le mode de fonctionnement des médicaments et leurs effets secondaires à long terme sur le système nerveux central demeurent limitées à ce jour. » Les effets secondaires indésirables dont il est question ici varient selon les médicaments. Il peut s'agir ainsi d'idées suicidaires, d'insomnie, de somnolence, d'irritabilité, de nervosité, d'agitation ou de troubles moteurs, physiologiques



et de mémoire. On notera que ces effets peuvent se confondre avec des symptômes d'autres maladies ou conditions.

### **9. Plus la personne diagnostiquée d'un trouble « mental » vieillit, plus les comportements attribués à ce diagnostic s'accroissent**

**Faux.** Jovelet (2017), dans son volume *Ces psychotiques qui vieillissent*, cite un manuel de gérontopsychiatrie de 1969 où l'on rapporte les résultats d'une recherche sur une centaine de personnes ainsi diagnostiquées d'où il ressort que 55 % d'entre elles avaient vu leurs symptômes s'atténuer avec l'âge, alors que 32 % ne constataient aucun changement et 14 %, une aggravation. Jovelet ajoute qu'il y a une marge d'erreur à considérer puisque l'on ne distingue pas nettement certains symptômes psychotiques de ceux des démences. Koenig-Flahaut *et al.* écrivent, pour leur part, que : « dans le champ de la recherche sur l'évolution de la maladie schizophrénique, il est désormais établi que la majorité des patients [diagnostiqués comme tels] connaissent une évolution favorable de leur trouble » (2012, 280). Selon Ciompi *et al.* (2010), il s'agirait en effet de 48 à 68 % des personnes ainsi considérées. Selon Koenig *et al.*, « La compréhension classique de la schizophrénie, associée à des concepts tels que "détérioration", "chronicité", "invalidité", s'en trouve bouleversée » (2014).

### **10. En l'absence de certitude sur ce qui en est de la « maladie / "santé mentale" », l'usage des données probantes demeure la meilleure politique**

**Faux.** Cette méthode, aussi appelée *evidence based medicine* (EBM), privilégie, pour établir ses preuves, des données issues de la méta-analyse qui consiste à regrouper et à analyser statistiquement les données de recherche tirées de l'ensemble des études publiées sur un sujet donné. Toutefois, nous savons aussi que ces ensembles de données sont incomplets, puisqu'ils laissent dans l'ombre des résultats non recensés parce que non publiés dans des revues de prestige. Or, en psychiatrie, les résultats négatifs ne sont que rarement publiés, pour des raisons éditoriales ou parce que les commanditaires se retirent du projet lorsque les résultats sont ou s'annoncent négatifs. Les revues rebutent à publier des articles qui ne font pas état d'avancées thérapeutiques, et les commanditaires de recherche, le plus souvent des compagnies pharmaceutiques, préfèrent ne pas publiciser les aléas du développement de leurs éventuels produits (Lesage *et al.*, 2001).

De plus, l'EBM est associée à une conception médicale et biologique de la psychiatrie, peu orientée vers la relation d'aide. Elle coïncide mieux avec une pratique psychiatrique fondée sur des critères de diagnostic et d'intervention objectivables du type DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*). Sa validité, parce qu'elle se fonde sur une preuve appuyée par les grands nombres, serait aussi peu transférable pour la compréhension des cas complexes comme il en est de ceux de la psychiatrie (Bourgeois, 2001; Thurin *et al.*, 2006). De plus,

l'EBM laisse de côté des « évidences » psychosociales de la pratique clinique, comme la nécessité d'établir une alliance avec le patient, d'être empathique à son écoute, disponible et attentif aux effets de transfert et de contre-transfert (Bourgeois, 2001). L'objet de la psychiatrie est plus difficile à cerner et à définir qu'un organe physique. À cet égard, la conception des meilleures pratiques en « santé mentale » devrait être renversée et privilégier la tenue en compte des déterminants sociaux comme le revenu, le statut social, l'accès à une habitation décente, à des activités valorisantes et valorisées, etc.

Autres thèmes de discussion suggérés en gardant en tête le thème central de la formation, « personnes âgées et santé mentale » :

- Les organismes communautaires : avantages et limites, autonomie et liens aux institutions subventionnaires et aux établissements, autonomisation collective.
- La famille et les proches aidants : rôles et limites.
- L'organisation des services : logique managériale, âgisme direct et systémique.
- Pauvreté : manifestations et conséquences : individus et communautés.

## Sources citées

- Adam, S., Joubert, S. et Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs! *Revue Neuropsychologie, neuroscience cognitives et cliniques*, 5(1), 4-8.
- Ariès, Philippe (1960). L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Paris : Plon.
- Ariès, Philippe (1983). Une histoire de la vieillesse. *Communications*, 37, 47-54.
- Association des médecins psychiatres du Québec (2020). *Qu'est-ce qu'une maladie mentale?*
- ASSSM (2011). « Santé mentale » et vieillissement. Recueil de réflexions et de pratiques observées en matière de services à offrir aux personnes âgées présentant une problématique de « santé mentale ». Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Astier Isabelle (2009). Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *Informations sociales*, 2(152), 52-58.
- Atlan, Henri (1986). À tort et à raison : *intercritique de la science et du mythe*. Paris : Seuil.
- Ausloos, Guy (1995). *La compétence des familles : temps, chaos, processus*. Toulouse : Ères.
- Azulai, Anna (2014). Ageism and future cohorts of elderly: Implications for social work. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 11(2), 2-12.
- Bastien, Robert et Perreault, Isabelle (2012). Propagande d'hygiène mentale au Québec dans les années 1930. *Revue Lien social et politique*, (67), p. 85-10.
- Beauvoir, Simone de (1970). *La vieillesse*. Paris : Gallimard.
- Bélanger, Gaétan (2015). *Les boumeurs sont-ils tous coupables? Doit-on vraiment souhaiter qu'ils crèvent?* Montréal : M éditeur.
- Bélanger, Sophie (2016). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux. *Guide d'accompagnement*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Bellack, A. S (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts and implication. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442.
- Bernheim, Emmanuelle (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *Revue de droit de McGill*, 57(3), 553-593.
- Berquin, Anne (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 6, 1511-1513.

- Bilge, Sirma et Roy, Olivier (2010). La discrimination intersectionnelle : la naissance et le développement d'un concept et les paradoxes de sa mise en application en droit antidiscriminatoire. *Canadian Journal of Law and Society*, 25(2), 51-74.
- Birraux, Annie (2013). Prométhée ou le devenir adulte. *Revue française de psychanalyse*, 2(77), 392 à 401.
- Bizouarn, Philippe (2005). De l'EBM à la psychopathologie : pratique et critique de l'*evidence-based medicine*. *L'information psychiatrique*, 81(8), 683-691.
- Bizzini, Lucio (2007). L'âgisme : une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société*, 30(123), 263-278.
- Boudreau, Françoise (1984). De l'asile à la « santé mentale » : les soins psychiatriques - Histoire et Institutions. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Bourdieu, Pierre (1980). Quelques propriétés des champs. Dans *Questions de sociologie* (p. 113-120). Paris : Les éditions de Minuit.
- Bourgeois, Marc-Louis (2001). La psychiatrie apodictique (*Evidence-based mental health*) dans les stratégies et dispositifs de soins futurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159(3), 196-200.
- Bourgeois-Guérin, Valérie (2015). Deuil ou dépression? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1-2).
- Bourque, Mélanie et Quesnel-Vallée, Amélie (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer – Observatoire des réformes de santé*. 2(2) : Article 1.
- Butler, Robert (1969). Age-Ism: Another form of Bigotery. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Calais, Vincent (2016). Où sont les fous? Aperçus critiques sur le paradigme de « santé mentale ». *Annales médico-psychologiques*, 174(7), 523-529.
- Camerlain, Monique et Myhal, Geneviève (2011). Lutter contre l'âgisme. *Journal de la société canadienne de rhumatologie*, 21(3), 2 p.
- Castonguay, Julie, Beaulieu, Marie et Sévigny, Andrée (2015). Bébé-boumeurs bénévoles? Les freins et les leviers de leur engagement. *Retraite et société*, 2(71), 127-146.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (2019). Les troubles de la santé mentale et la pauvreté au Québec. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Gouvernement du Québec, Québec.

- Chaumont, Frank (2012). DSM et critique psychanalytique. *Adolescences*, 30(4), 971-981.
- Chekkat, Rafik (2015). Ce que le mot « racisé » exprime et ce qu'il masque. État d'*exception*, 6 novembre.
- Ciampi, Luc, Harding, Courtenay M. et Lehtinen, Klaus (2010). Deep Concern. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 437-439.
- Clément, Michel (1990). *L'aire du soupçon : contributions à l'histoire de la psychiatrie au Québec*. Montréal : Tryptique.
- Clesse, Christophe, Duman, Isabelle, Nassau, Émeline, Prudent, Cécile, Decker, Michel, Savini, Christine, Lighezzolo-Alnot, Jöelle et Batt, Martine (2016). Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 16(95), 291-299.
- Colin, Christine (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. *Santé publique*, 16(2), 185-195.
- Collins, Amy Love, Sarkistan, Natalia et Winner, Ellen (2008). Flow and happiness in later life: An investigation into the role of daily and weekly flow experiences. *Journal of Happiness Study*, 10(6), 703-719.
- Comité de la politique de « santé mentale » pour le Québec (1987). *Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Cook, Suzanne L., Speevak Sladowski, Paula (2012). *Le bénévolat et les aînés : ressources humaines et développement des compétences*. Direction du développement communautaire et des partenariats. Bénévoles Canada.
- Conseil des aînés du Québec (2010). *Avis sur l'âgisme envers les aînés, état de situation*, p. 26.
- Corrigan, Patrick W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, février, 15(1), 67-73. Récupéré le 14 décembre 2020 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26833611/>
- Corrigan, Patrick W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Cousseau, Leila, Freyens, Anne, Corman, André, Escourrou, Brigitte (2016). Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies*, 25(2), 69-77.
- Couturier, Ève-Lyne (2011). La situation financière des aîné-e-s. *Note socio-économique*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

- Culhane, Dennis, P., Metraux, Stephen, Stino, Magdi et Bainbridge, Jay (2013). The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy. Analyses of social issues and public policy. *The Society for Psychological Study for Social Issues*, 00(0), 1-17.
- Dekker, Jeroen J.H., Groenendijk, Leendert F. (2012). Philippe Ariès's discovery of childhood after fifty years: The impact of a classic study on educational research. *Oxford Review of Education*, 38(2), 133-147.
- Di Vittorio, Pierangelo (2014). La psychiatrie et la « santé mentale » à l'épreuve du DSM : fantasmes de piratage, réalités hybrides. *Médecine & Hygiène*, 1(38), 103-121.
- Drummond, Jennifer et Brotman, Shari (2013). Prendre soin d'un conjoint : impact sur la sexualité et l'intimité des femmes âgées. *Pluri âges*, 4(1), 31-34.
- Dupras, André (2016). Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. *Empan*, 1002, 123-129.
- Échevin, Damien et Morin, Marc-André (2019). Maîtriser les dépenses de santé face au changement démographique : une analyse de l'évolution des coûts à l'hôpital au Québec. Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques.
- Ehrenberg, Alain (2004). Remarques pour éclaircir le concept de « santé mentale ». *Revue française des affaires spéciales*, (1), 77-88.
- Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (2018). Intervention féministe intersectionnelle : réflexions et analyses pour des pratiques égalitaires et inclusives. *Guide d'introduction à l'intention des partenaires*.
- Fleury, Charles (2018). La génération X au Québec : une génération sacrifiée. *Recherches sociographiques*, 49(3), 475-499.
- Foucart, Jean (2003). La vieillesse : une construction sociale. *Pensée plurielle*, 2(6), 7-18.
- Foucault, Michel (1988). Histoire de la médicalisation. *Hermès*, (2), 13-29.
- Foucault, Michel (2012). Cours du 17 mars 1976. Dans *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976)*. Association pour le Centre Michel-Foucault. Édition numérique sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Mauro Bertani et Alessandro Fontana.
- Foucher J.-R., Bennouna-Greene, V. (2010). La CIM et le DSM ou l'impossible validation : pourquoi le ver est dans le fruit. Paris : Ann Med Psychol.
- Fourastié, Jean (1979). *Les trente glorieuses ou la révolution invisible de 1946 à 1975*. Paris : Fayard.

- Fréchet, Guy (2012). Un portrait équivoque : la pauvreté chez les personnes âgées au Québec. Dans Sylvie Rheault et Jean Poirier (dir.), *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer* (p. 113-116). Institut de la statistique du Québec.
- Gagné, Jean (1994). Le complexe de l'appendicite : l'Entonnoir. *Revue du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, 11(1), 21-29.
- Gagné, Jean et le Comité vieillissement d'Action Autonomie (CVAA) : Céline Cyr, auxiliaire de recherche, Jean-François Plouffe, chargé de dossier et de communications à Action Autonomie, Marie Beyrouti, Huguette Doyon, Daniel Foucher, Angelina Mendes, Denis Morneau, Francine Raymond et Marie-Laurence Tousche (2019). Vieillissement et diagnostics psychiatriques dans une recherche-action sur les préjugés : vivre la discrimination en double. *Revue du CREMIS*, 11(1), 28-33.
- Gagné, Jean (2014). Rétablissement et appropriation du pouvoir : quelques enjeux brouillent le consensus. Dans *Actes du colloque Communautés thérapeutiques aussi intempestives que nécessaires*, Bruxelles, 22-23 mai.
- Gagné, Jean et Poirier, Mario et col. (2018). Vieillissement et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale. Rapport de recherche. Récupéré le 9 décembre 2020 de <https://r-libre.telug.ca/1458/>
- Garnoussi, Nadia (2012). Une maladie comme une autre? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif. *Lien social et Politiques*, (67), 17-32.
- Gee, Ellen et Gutman, Gloria (2000). *The Overselling of Population Ageing: Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges, and Social Policy*. Oxford : Oxford University Press.
- Geiss, Michelle, Chamberlain, Jill, Weaver, Tamsyn, McCormick, C., Raufer, A., Scoggins, L., Petersen, L., Davis, S. et Edmonson, Deborah (2017). Diagnostic overshadowing of the psychiatric in the emergency department: Physiologic factors identified for an early warning system. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(4), 327-331.
- Gepner, Bruno (2012). Vers un théorie clinique intégrée des désordres de la constellation autistique. *Développements*, (10), 5-36.
- Gilson, Étienne (1982). *Introduction à l'étude de Saint-Augustin*, vol. II. Paris : Vrin.
- Giordana, Jean-Yves (2010). Qu'est-ce que la stigmatisation? Dans Jean-Yves Giordana (dir.), *La stigmatisation en psychiatrie et en « santé mentale »* (chap. 2, p. 7-10). Paris : Elsevier Masson.
- Goffman, Erving (1975). *Stigmate*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Gonon, François (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative? *Esprit*, novembre, 54-73.

- Gonon, François (2013). Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'information psychiatrique*, 89(4), 285-294.
- Gori, Roland et Del Volgo, Marie-Josée (2014). *La Santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Flammarion, coll. Champs social.
- Gotzsche, Peter (2017). *Psychiatrie mortelle et déni organisé*. Québec : Presses de l'Université Laval, p. 36.
- Greacen, Tim et Jouet, Emmanuelle (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia. *L'information psychiatrique*, 89, 359-364.
- Grenier, Amanda, Sussman, Tamara, Barken, Rachel, Bourgeois-Guérin, Valérie et Rothwell, David (2016). Growing old in shelters and on the street: Experiences of older homeless people. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(6), 458-477.
- Hamel, Jacques (1994). Brèves notes sur une opposition entre générations : la génération gâtée et la génération perdue. *Sociologie et sociétés*, 26(2), 165-176.
- Hanon, Cécile (2015). Le psychiatre qui savait deux fois. *L'information psychiatrique*, 91(9), 717-719.
- Houde, Renée (1999). *Les temps de la vie : le développement psychosocial de l'adulte*, 3<sup>e</sup> éd. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Huerre, Patrice (2001). L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie*, 3(14), 6-8.
- Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2020). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2020. Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2015). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2015. Gouvernement du Québec.
- Jean, Dominique (1989). Le recul du travail des enfants au Québec entre 1940 et 1960 : une explication des conflits entre les familles pauvres et l'État providence. *Labour/Le Travail*, 24, 91-129.
- Jolly, Anne (2000). Évènements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 158(5), 370-378.



- Johnstone, Lucy et Boyle, Mary (2018). The power threat meaning framework: on alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 1(18).
- Johnstone, Lucy et Boyle, Mary avec Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. et Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the Identification of Patterns in Emotional Distress, Unusual Experiences and Troubled or Troubling Behaviour, as an Alternative to Functional Psychiatric Diagnosis*. Leicester, UK : British Psychological Society.
- Jovelet, Georges (2017). *Ces psychotiques qui vieillissent*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Kannas, Serge et Lepoutre, Raymond (2008). Un demi-siècle de prescription de psychotropes : quel bilan pour les utilisateurs, la psychiatrie et la société? *Cliniques méditerranéennes*, 1(77), 93-110.
- Kergoat, Marie-Jeanne (2009). La personne âgée admise à l'hôpital est-elle victime d'âgisme? *Vie et vieillissement*, 7(2), 41-48.
- Khammassi, Naziha, Ben Mansour, Amel, Abdelhedi, Haykel et Cherif, Ouahida (2012). Les effets indésirables des psychotropes chez le sujet âgé : étude rétrospective de 35 cas. *Annales médico psychologiques. Revue Psychiatrique*, 170(4), 251-255.
- Kingdon, David (2020). Pourquoi les neurosciences ne tiennent pas leurs promesses pour la psychiatrie? *Neuropsychiatrie de l'adolescence*, 68(5), 274-276.
- Kimble, Kristopher J., DeWees, Mari A., Harris, Ashley N. (2017). Characteristics of the old and homeless: identifying distinct service needs. *Aging & Mental Health*, 21(2), 190-198.
- Klein, Alexandre (2017). La fin de la biopolitique? Les transformations contemporaines de la santé politique. *HistoireEngagee.ca*.
- Koenig, M., Castillo, M., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S. et Bouleau, J. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *PSN*, 12(4), 7-27.
- Koenig-Flahaut, M., Castillo, M., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. et Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 88(4), 279-285.
- Kuhn, Thomas (1970). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- Lafortune Louise, Béland, François et Bergman, Howard (2011). Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Revue Vie économique*, 3(1), 4-13.

- Lalonde, Pierre (2015). La psychiatrie au Québec : autrefois/maintenant. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 151-161. Récupéré le 10 novembre 2020 de <https://doi.org/10.7202/1033048ar>
- Landry, Normand (2017). L'éducation critique aux médias à l'épreuve du numérique. *tic&société*, 11(1), 1-5.
- Lauzon, Gilles et Lecomte, Yves (2002). Rétablissement et travail. *Santé mentale au Québec*, XXVII(I), 7-34.
- LeBlanc, Stéphanie et Kinsella, Élizabéth Anne (2018). Vers une justice épistémique : examen critique et réflexif du « sanisme » et de ses implications dans la production du savoir. Article traduit de l'anglais, Mental health and distress as a social justice issue. *Studies in Social Science*, 10(1), 2016.
- Lepore, Jill (2011). Twilight: Growing old and even older. *The New Yorker*, 14 mars.
- Lesage, Alain, Stip, Emmanuel et Grunberg, Frédéric (2001). « What's up doc? » Le contexte et les enjeux de la médecine fondée sur des données probantes pour les cliniciens (*Evidence-Based Medicine*). *Revue canadienne de psychiatrie*, 46(5), 396-402.
- Lévêque, Marc (2014). Le renouveau d'une discipline controversée : la psychochirurgie. *PSN*, 12(2), 19-35.
- Liberman, Robert Paul et Kopelowicz, Alex (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742.
- Mo, Long et Légaré, Jacques (2007). La préparation financière à la retraite des premiers boumeurs : une comparaison Québec-Ontario. *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Paper No. 210*. Hamilton : McMaster University.
- Mouvement santé mentale Québec (2020). Définition.
- Masse, Marie et Meire, Philippe (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées. *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie*, 10(3), 333-341.
- Mayer, Robert et Dorvil, Henri (1982). La psychiatrie au Québec : réalité d'hier, pratique d'aujourd'hui. Un article publié dans *L'intervention sociale. Actes du Colloque annuel de l'ACSALF, colloque 1981*. Textes publiés sous la direction de Micheline Meyer-Renaud et Alberte Le Doyen, p. 111-131. Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 384 p.
- Michelena, Justo (1983). *Des jeunes sans avenir : propos et confidences*. Service de la recherche, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). La force des liens. *Le Plan d'action en « santé mentale » du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005-2010)*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1989). *Politique de la « santé mentale »*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Nelson, Todd D. (2016). The age of ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 191-198.
- OCDE (2013). *Panorama des pensions 2013 : les indicateurs de l'OCDE et du G20*. © OCDE 2013.
- OMS/AMP : Organisation mondiale de la santé (OMS) et Association mondiale de psychiatrie (AMP) (2002). *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord*.
- Parada, Carlos (2018). Le sujet décomposé. *Esprit*, juillet-août, 203-213.
- Parsons, Talcott (1937). *The Structure of Social Action*. New York : Free Press.
- Pasquier, F., Ducher, M., Bourguignon, L., Albrand, Gg. et Maire, P. (2012). Représentations du médicament chez les patients âgés et chez les professionnels du médicament : intérêt pour l'éducation thérapeutique? *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 170(4), 236-268.
- Poliquin, Hélène (2015). Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *Aporia*, 7(1), 17-27.
- Provencher, Hélène (2007). Le paradigme du rétablissement : 1. Une expérience globale de santé. *Le partenaire*, 15(1), 4-12.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (2020). *La santé mentale et l'Alternative*. Récupéré le 10 novembre 2020 de <http://www.rrasmq.com/alternative-en-SM.php>
- Rennes, Juliette (2019). Âge biologique versus âge social : une distinction problématique. *Genèses*, 4(117), 109-128.
- Ribes, Gérard (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance*, 3(21), 12-18.
- Robb, Claire, Chen, Hongbin et Haley, William E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 1-12.

- Robichaud, Jean-Bernard, Guay, Lorraine, Colin, Christine et Pothier, Micheline avec le concours de Jean-François Saucier (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Roy, Mélissa (2019). Les conduites éthiques et le rétablissement : analyse d'une revue de littérature en travail social. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), automne, 234-248.
- Ricard, François (1992). *La génération lyrique : essai sur la vie et l'œuvre des premiers-nés du baby-boom*. Montréal : Boréal.
- Richard, Lucie, Gagné, Jenny et Lehoux, Pascale (2006). S'engager à titre de collaborateur bénévole dans un projet de recherche participative : les motivations d'un groupe d'ainés. *Service social*, 52(1), 17-30.
- Salvarelli, Jean-Pierre (2013). Mais que fait la psychiatrie (1<sup>re</sup> partie)? De quoi la psychiatrie est-elle le nom? *L'information psychiatrique*, 89(1), 15-31.
- Sebbane, Deborah (2015). Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugé de près mais préjugés... *L'information psychiatrique*, 91(5), 417-426.
- Shefer, Guy, Crosse, Sean, Howard, Louise M., Murray, Joanna, Thornicroft, Graham et Henderson, Claire (2015). Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in emergency departments: Consensus study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 346-351.
- Shibusawa, Tazuko et Padgett, Deborah (2009). The experience of « aging » among formerly homeless adult with chronic mental illness: A qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 7(3), 188-196.
- Schulze, Lars, Schmahl, Christian, Niedtfeld, Inga (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97-106.
- Statistique Canada (2015). Enquête sociale générale : dons, bénévolat et participation, 2013. *Le Quotidien*, 30 janvier 2015.
- St-Onge, Jean-Claude (2014). DSM : Fiabilité et validité des diagnostics : chronique. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 207-227.
- Strong, Tom (2019). Brief report: A counselling-friendly alternative to the DSM-5? A review of the power threat meaning framework. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 53, 296-302.
- Sutherland, Neil (2014). Histoire de l'enfance. *L'Encyclopédie canadienne. Historica Canada*, 19 septembre 2014.

- Thiercé, Agnès (1999). *Histoire de l'adolescence, 1850-1914*. Paris : Belin.
- Thornicroft, Graham (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441-442.
- Thornicroft, Graham, Rose Diana et Kassam, Aliya (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Thurin, Jean-Michel, Thurin, Monique et Briffault, Xavier (2006). Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique*, 82(1), 39-47.
- Thomas, Philippe et Hazif-Thomas, Cyril (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 31(126), 141-155.
- Tordeurs, David, Zdanowicz, Nicolas et Reynaert, Élisabeth (2007). De la complexité dans la relation thérapeutique : l'approche autopoïétique. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(28), 33-47.
- Vollaire, Christiane (2019). Des formes de la discrimination. Dans Amandine Simon, Alexia Duchêne et Yves-Marie Le Guernic (dir.), *Vieillir aujourd'hui : perspectives et politiques* (p. 161-170). Nîmes : Champ social.
- Wallot, Hubert (2016). Présentation du DSM-5.
- Walsh, Suzanne (2003). Une analyse qualitative des représentations sociales et de l'expérience des baby-boomers au Québec. Dans Marguerite Lavallée, Suzanne Vincent, Chantal Ouellet et Catherine Grenier (dir.), *Représentations sociales : constructions nouvelles* (p. 94-108). Montréal : UQAM, Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO).
- Weinstock, Daniel (2010). « Qu'est-ce qui constitue une donnée probante? » Une perspective philosophique. *Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé*.
- Yvon, Florence et Pruteau, Antoinette (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : quel est le stéréotype associé à la schizophrénie? « *Santé mentale* » au Québec, 42(2), 125-131.
- Zola, Erving K. (1981). Culte de la santé et méfaits de la médicalisation. Dans Luciano Bozzini, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolf (1981). *Médecine et société des années 80* (p. 30-51) Montréal : Les éditions Coopératives Albert St-Martin (article traduit de l'original publié en anglais en 1977).

## Communications scientifiques avec le CSMVAA

Gagné, Jean et le Comité vieillissement d'Action Autonomie (composé de Jean Gagné, Monique Normandeau et Angelina Mendez) (2018). *Vieillissement et « santé mentale », droits et accès : une recherche action*. Présentation au congrès national de l'ACSM 2018, Prêts pour un autre siècle : façonner l'avenir, Hôtel Fairmont Le Reine-Élisabeth, Montréal, les 22, 23 et 24 octobre.

Gagné, Jean et Poirier, Mario (2017). *Vieillissement, droits et accès aux services en « santé mentale » : un projet de recherche-action*. Communication présentée au Colloque 424 - Vieillir en marge, âgisme, droits et accès aux services sociaux et de santé, au 85<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS, Université McGill, Montréal, 9 mai, Jean Gagné, dir.

Gagné, Jean, Normandeau, Monique et Mendez, Angelina (2018). *Vieillissement et « santé mentale », droits et accès : une recherche action*. Présentation au congrès national de l'ACSM 2018, Prêts pour un autre siècle : façonner l'avenir, Hôtel Fairmont Le Reine-Élisabeth, Montréal, les 22, 23 et 24 octobre. Le 22 octobre.

Gagné, Jean et Poirier, Mario (2017). Vieillissement, droits et accès aux services en « santé mentale » : un projet de recherche-action, Colloque 424 - Vieillir en marge, âgisme, droits et accès aux services sociaux et de santé au 85<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS, Université McGill, Montréal, 9 mai, Jean Gagné, dir.

Gagné, Jean et Monique Normandeau (2015). *Un projet de recherche-action participative sur l'accès aux services de « santé mentale » pour les personnes âgées à Montréal : une réflexion au cœur d'une pratique*. Communication présentée au séminaire international : Dispositif publics et métiers de la relation. Université du Québec à Montréal, du 19 au 21 mai, Salle des boiseries, Pavillon Judith-Jasmin, Montréal, le 20 mai.

## Sites Internet

Action Autonomie. Le collectif de défense des droits en « santé mentale » de Montréal. Récupéré le 12 novembre 2020 de <http://www.actionautonomie.qc.ca/>

Journées Européennes de LOGOS (2010). « Lexique de biopolitique ». Présentation de Pierangelo Di Vittorio. 6-7 mai. Perpignan Récupéré le 12 novembre 2020 de <http://lesilencequiparle.unblog.fr/2010/10/13/presentation-du-lexique-de-biopolitique-pierangelo-di-vittorio/>

Présentation du « Lexique de Biopolitique » par Pierangelo Di Vittorio dans les Journées Européennes de LOGOS des 6 et 7 mai 2010 à Perpignan, sur le thème « pourquoi nous obéissons... ». Vidéo, disponible sur <https://vimeo.com/13892881>

Regroupement des ressources alternatives en « santé mentale » du Québec. Récupéré le 12 novembre 2020 de <http://www.rrasmq.com/>

Sans Remède. Critique et témoignages contre la psychiatrie et l'emprise médicale. Récupéré le 12 novembre 2020 de <https://sansremede.fr/>

Santé mentale et société. Récupéré le 12 novembre 2020 de <https://santementaleetsociete.com/>

Zinzin Zine. Récupéré le 12 novembre 2020 de <http://www.zinzinzine.net/>



La couverture est imprimée sur du Tango couvert et l'intérieur, sur du papier Enviro 100 % postconsommation traité sans chlore, accrédité Éco-Logo et fait à partir de biogaz.

Achevé d'imprimer en janvier 2019  
sur les presses **des Copies de la Capitale**  
à Québec